

362.198
LIE
P. e1



UNIVERSITAS DIPONEGORO

**PEMAHAMAN PASIEN BARU RAWAT JALAN, DOKTER,
PARAMEDIS DI RSUP Dr. KARIADI SEMARANG
TERHADAP PELAYANAN REHABILITASI MEDIK**

Penelitian ini diajukan sebagai karya akhir
dalam meraih Tanda Keahlian
DOKTER SPESIALIS REHABILITASI MEDIK

**LIEM KIEM SAN
NIM G3P097067**

**PROGRAM STUDI ILMU REHABILITASI MEDIK
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG**

2000



UNIVERSITAS DIPONEGORO

Penelitian ini telah disetujui oleh :

Program Pendidikan Dokter Spesialis Ilmu Rehabilitasi Medik
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro

Pembimbing

Dr. Setyowati Budi Utami, Sp.RM

NIP 140 077 954



Ketua Program Studi Ilmu Rehabilitasi Medik
Program Pendidikan Dokter Spesialis I FK UNDIP

Dr. Surya Widjaja, Sp.S.KRM

NIP 130 259 908

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan atas segala curahan berkat, hikmat dan pengetahuan yang diberikan-Nya, sehingga memungkinkan penulis untuk menyelesaikan laporan penelitian yang berjudul " PEMAHAMAN PASIEN BARU RAWAT JALAN, DOKTER, PARAMEDIS DI RSUP Dr. KARIADI SEMARANG TERHADAP PELAYANAN REHABILITASI MEDIK"

Laporan penelitian ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan akhir dalam menyelesaikan pendidikan keahlian di bidang Ilmu Rehabilitasi Medik - Program Pendidikan Spesialis I pada Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.

Pada kesempatan yang berbahagia ini, perkenankanlah penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya dan hormat kepada :

1. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro beserta staf, atas kesempatan, fasilitas dan bimbingan untuk mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis I Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro dalam Program Studi Ilmu Rehabilitasi Medik.
2. Direktur Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi-Semarang beserta staf, atas kesempatan dan fasilitas selama penulis mengikuti pendidikan di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi Semarang.
3. Dr. Surya Widjaja, Sp. S, KRM, sebagai Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi - Semarang, dan Ketua Program Studi

Ilmu Rehabilitasi Medik - Program Pendidikan Dokter Spesialis I Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, sebagai guru yang telah memberi petunjuk, nasehat dan bimbingan selama penulis mengikuti pendidikan serta meluangkan waktunya untuk mengembangkan ide, memeriksa, mengadakan perbaikan hingga selesainya penulisan laporan penelitian ini.

4. Dr. A. Marlina, SpRM(K), sebagai Ketua Staf Medik Fungsional Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Umum Dr. Kariadi - Semarang, dan Sekretaris Program Studi Ilmu Rehabilitasi Medik - Program Pendidikan Dokter Spesialis I Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, sebagai guru yang telah memberi petunjuk, nasehat dan bimbingan selama penulis mengikuti pendidikan serta dalam penulisan laporan penelitian ini.
5. Dr. Herman Sukarman, SpBO, FICS, sebagai staf senior Program Studi Ilmu Rehabilitasi Medik - Program Pendidikan Dokter Spesialis I Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, atas bimbingan selama penulis mengikuti pendidikan.
6. Dr. Setyowati Budi Utami, Sp.RM sebagai anggota staf Medik Fungsional Rehabilitasi Medik - Rumah Sakit Umum Dr. Kariadi Semarang, dan staf pengajar Program Studi Ilmu Rehabilitasi Medik - Program Pendidikan Dokter Spesialis I Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, sebagai guru yang telah memberi petunjuk, nasehat dan bimbingan selama pendidikan serta sebagai pembimbing materi sejak awal sampai akhir penulisan penelitian ini.
7. Dr. Handojo Pudjowidyanto, Sp.S, sebagai anggota staf Medik Fungsional Rehabilitasi Medik - Rumah Sakit Umum Dr. Kariadi Semarang, dan staf

pengajar Program Studi Ilmu Rehabilitasi Medik - Program Pendidikan Dokter Spesialis I Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, sebagai guru yang telah memberi petunjuk dan bimbingan selama pendidikan serta meluangkan waktu untuk memeriksa, mengadakan perbaikan hingga selesainya penulisan laporan penelitian ini.

8. Dr. Lanny Indriastuti, Sp.RM, sebagai anggota staf Medik Fungsional Rehabilitasi Medik - Rumah Sakit Umum Dr. Kariadi Semarang, dan staf pengajar Program Studi Ilmu Rehabilitasi Medik - Program Pendidikan Dokter Spesialis I Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, sebagai guru yang telah memberi petunjuk dan bimbingan selama pendidikan serta meluangkan waktu untuk memeriksa, mengadakan perbaikan hingga selesainya penulisan laporan penelitian ini..
9. Dr. Rudy Handoyo, Sp.RM, sebagai anggota staf Medik Fungsional Rehabilitasi Medik - Rumah Sakit Umum Dr. Kariadi Semarang, dan staf pengajar Program Studi Ilmu Rehabilitasi Medik - Program Pendidikan Dokter Spesialis I Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, sebagai guru yang telah memberi petunjuk dan bimbingan selama pendidikan serta meluangkan waktu untuk memeriksa, mengadakan perbaikan hingga selesainya penulisan laporan penelitian ini.
10. Dr. Endang Ambarwati, Sp.RM, sebagai anggota staf Medik Fungsional Rehabilitasi Medik - Rumah Sakit Umum Dr. Kariadi Semarang, dan staf pengajar Program Studi Ilmu Rehabilitasi Medik - Program Pendidikan Dokter Spesialis I Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, sebagai guru yang telah

memberi petunjuk dan bimbingan selama pendidikan serta meluangkan waktu untuk memeriksa, mengadakan perbaikan hingga selesainya penulisan laporan penelitian ini.

11. Seluruh Ketua Program dan staf pengajar Ilmu Radiologi, Ilmu Bedah Saraf, Ilmu Bedah, Ilmu Penyakit Saraf, Ilmu Penyakit Dalam, Ilmu Penyakit Jantung, Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, atas kesempatan dan fasilitas serta bimbingan selama penulis menjalani stase di bagian masing-masing.
12. Ketua pengurus YPAC - Semarang beserta staf, atas kesempatan dan bimbingan selama penulis menjalani orientasi di YPAC - Semarang
13. Direktur Umum RS Elizabeth - Semarang beserta staf, khususnya Dr.R.Rahardjo,Sp.S sebagai dokter sub unit EMG, atas kesempatan, fasilitas dan bimbingan selama penulis menjalani stase di RSU Elizabeth - Semarang.
14. Dr. Handojo Tjandrakusuma selaku Direktur PPRBM Prof. R. Soeharso - Surakarta beserta staf, atas kesempatan, fasilitas dan bimbingan selama penulis menjalani orientasi di PPRBM Prof. R. Soeharso - Surakarta.
15. Direktur RS. Ortopedi Prof.Dr. R. Soeharso - Surakarta beserta staf khususnya Dr.Adhi Kurniawan ,SpRM sebagai Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik , atas kesempatan, fasilitas dan bimbingan selama penulis menjalani orientasi di RS. Ortopedi Prof.Dr. R. Soeharso - Surakarta.

16. Kepala Pusat PRSBD Prof. Dr.R.Soeharso - Surakarta beserta staf, atas kesempatan, fasilitas dan bimbingan selama penulis menjalani orientasi di PRSBD Prof. Dr.R.Soeharso - Surakarta.
17. Ketua BPOC Pusat - Surakarta beserta staf, atas kesempatan dan bimbingan selama penulis menjalani orientasi di BPOC Pusat - Surakarta.
18. Ketua Pengurus YPAC - Surakarta beserta staf, atas kesempatan dan bimbingan selama penulis menjalani orientasi di YPAC - Surakarta.
19. Direktur RS Kusta Tugurejo - Semarang beserta staf, khususnya Dr. Handoyo Sulistyono, atas kesempatan, fasilitas dan bimbingan selama penulis menjalani stase di RS Kusta Tugurejo - Semarang.
20. DR. Ir. Irene Sumeidiana Kuswahyuni, MSc, atas segala bantuan dan saran yang diberikan dalam proses pengolahan data, analisis statistik sampai penulisan hasil penelitian ini.
21. Seluruh teman sejawat beserta Program Studi Ilmu Rehabilitasi Medik - Program Pendidikan Dokter Spesialis I Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, atas segala bantuan, dorongan dan kerjasamanya selama penulis mengikuti pendidikan.
22. Seluruh terapis dan karyawan di Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi Semarang, atas bantuan dan kerjasamanya selama penulis mengikuti pendidikan,

23. Orang tua penulis almarhum Liem Ging Hong dan Ny. Tani Puspa Hartati yang telah membesarkan dan mengasuh, mendidik, membimbing, mendorong dan mendoakan penulis untuk mencapai kemajuan demi kemajuan.

24. Isteri penulis tercinta, Dra. Juniastuti, dan putra tersayang Febri Bernadus Santosa, Andi Setiawan Santosa, Erwin Kurniawan Santosa, atas pengertian dan pengorbanan, kesempatan, dorongan dan doa untuk menyelesaikan pendidikan ini.

Hanya Tuhan yang dapat membalas semua kebaikan dan bantuan yang telah diberikan semua pihak sehingga memungkinkan selesainya penelitian dan pendidikan ini.

Semoga penulis dapat mengamalkan ilmu yang diperoleh selama ini dengan sebaik-baiknya.

Semarang, Oktober 2000

Penulis Peneliti

Liem Kiem San

DAFTAR ISI

JUDUL PENELITIAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	ix
ABSTRAK	xii
BAB I PENDAHULUAN	
I.1. Latar Belakang Masalah	1
I.2. Tujuan Penelitian	4
I.3. Manfaat Penelitian	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
II.1. Definisi Rehabilitasi	5
II.2. Sejarah Singkat Rehabilitasi Medik	6
II.3. Ruang Lingkup Rehabilitasi Medik	8
II.4. Falsafah Rehabilitasi Medik dan Falsafah Kerjanya	10
II.5. Kebijakan Pemerintah terhadap Kecacatan	13
II.6. Organisasi Pelayanan rehabilitasi Medik di Indonesia	15
II.7. Penyakit-Penyakit yang Berhubungan dengan Rehabilitasi Medik	16

II.8. Faktor-Faktor yang berpengaruh pada pemahaman pasien baru rawat jalan, dokter, paramedis di RSUP Dr. Kariadi Semarang terhadap pelayanan rehabilitasi medik	19
II.9. Kerangka Konsep	20
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	
III.1. Waktu dan Tempat Penelitian	21
III.2. Subjek Penelitian	21
III.3. Tehnik Pengambilan Sampel.....	23
III.4. Kriteria pokok responden dalam pemahaman pelayanan rehabilitasi medik	24
III.5. Tingkat pemahaman responden terhadap pelayanan rehabilitasi medik	25
III.6. Alur Penelitian.....	26
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
IV.1 Pemahaman pasien baru rawat jalan dipoliklinik rehabilitasi medik di RSUP Dr. Kariadi Semarang terhadap pelayanan rehabilitasi medik.....	27
IV.2. Pemahaman pasien baru rawat jalan diluar poliklinik RSUP Dr. Kariadi Semarang terhadap pelayanan rehabilitasi medik	34
IV.3. Pemahaman dokter umum di RSUP Dr. Kariadi Semarang terhadap pelayanan rehabilitasi medik	39

IV.4. Pemahaman dokter spesialis di RSUP Dr. Kariadi	
Semarang terhadap pelayanan rehabilitasi medik	44
IV.5. Pemahaman paramedis di RSUP Dr. Kariadi Semarang	
terhadap pelayanan rehabilitasi medik.....	50
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
V.1. Kesimpulan	54
V.2. Saran.....	55
DAFTAR PUSTAKA.....	56
LAMPIRAN
Lamp 1 Kuesioner Penelitian	
- Pasien baru di poliklinik rehabilitasi medik	62
- Pasien baru diluar poliklinik rehabilitasi medik.....	67
- Dokter	71
- Paramedis.....	76
Lamp 2 Surat Permohonan ijin penelitian di RSUP Dr. Kariadi	
Semarang.....	79
Lamp 3 Surat ijin penelitian di RSUP Dr. Kariadi Semarang	80
Lamp 4 Surat ijin penelitian di IRJA RSUP Dr. Kariadi	
Semarang.....	81
Lamp 5 Data keadaan ketenagaan rumah sakit (per juni s/d	
desember 1999)	82
Lamp 6 Dokumentasi kegiatan saat melakukan wawancara.....	87

**PEMAHAMAN PASIEN BARU RAWAT JALAN, DOKTER, PARAMEDIS DI RSUP
Dr. KARIADI SEMARANG TERHADAP PELAYANAN REHABILITASI MEDIK**

Abstrak :

Subjek : Penelitian survei ini, diikuti 248 paramedis, 215 dokter umum, 153 dokter spesialis, 91 pasien baru rawat jalan di poliklinik rehabilitasi medik, dan 91 pasien baru rawat jalan di luar poliklinik rehabilitasi medik, RSUP Dr. Kariadi Semarang.

Tempat : Penelitian dilakukan di RSUP Dr. Kariadi Semarang

Waktu : September s/d Oktober 2000

Tujuan : untuk mengetahui sejauh mana pemahaman pasien baru rawat jalan, dokter, paramedis di RSUP Dr. Kariadi Semarang terhadap pelayanan rehabilitasi medik.

Metode : penelitian survei, disajikan dalam bentuk statistik deskriptif.

Hasil : pemahaman pasien baru rawat jalan di poliklinik rehabilitasi medik terhadap pelayanan rehabilitasi medik pada tingkat tidak pernah mendengar 57,1%, tingkat mengerti 24,1 % , tingkat pernah mendengar tetapi tidak mengerti 17,5%, tingkat memahami 1 %. Pemahaman pasien baru rawat jalan di luar poliklinik rehabilitasi medik, pada tingkat tidak pernah mendengar 65,93 %, pernah mendengar tetapi tidak mengerti 24,1%, mengerti 8,7 %, memahami 1,1%. Pemahaman dokter umum, pada tingkat mengerti 66,97%, memahami 28,84%, pernah mendengar tetapi tidak mengerti 4,19%. Pemahaman dokter spesialis, pada tingkat memahami 50,33 %, mengerti 49,67%. Pemahaman paramedis, pada tingkat mengerti 79,6%, memahami 19,36%, pernah mendengar tetapi tidak mengerti 2%.

Kesimpulan : Mayoritas tingkat pemahaman pasien pada tingkat pemahaman tidak pernah mendengar rehabilitasi medik, dokter umum dan paramedis pada tingkat pemahaman mengerti, dan dokter spesialis pada tingkat pemahaman memahami.

Kata kunci : Rehabilitasi medik, pelayanan, tingkat pemahaman.

**AWARENESS OF NEW OUTPATIENTS, MEDICAL DOCTORS, PARAMEDICS IN
DR. KARIADI GENERAL HOSPITAL SEMARANG OF
REHABILITATION MEDICINE SERVICE**

ABSTRACT

Subjects : The respondents of this survey study were 248 paramedics, 215 general practitioners, 153 specialists, 91 new outpatients treated and 91 not treated in rehabilitation medicine clinics of Dr. Kariadi General Hospital Semarang

Setting : Dr. Kariadi General Hospital Semarang

Objective : To know the level of awareness of new outpatients, medical doctors, paramedics in Dr. Kariadi General Hospital Semarang of rehabilitation medicine service

Method : Survey study presented in the form of descriptive statistics

Result : The awareness of new outpatients treated in rehabilitation medicine clinics, on the level of never heard is 57.1%, knowing is 24.1%, have ever heard but not knowing is 17.5%, understanding is 1%.

The awareness of new outpatients not treated in rehabilitation medicine clinics, on the level of never heard is 65.93%, have ever heard but not knowing is 24.1%, knowing is 8.7%, understanding is 1.1%.

The awareness of general practitioners, on the level of knowing is 66.97%, understanding is 28.84%, have ever heard but not knowing is 4.19%.

The awareness of specialists, on the level of understanding is 50.33%, knowing is 49.67%.

The awareness of paramedics, on the level of knowing is 79.6%, understanding is 19.36%, have ever heard but not knowing is 2%.

Conclusion: The level of awareness of the majority of new outpatients is that of never heard, while the majority of general practitioners and paramedics have the level of awareness of knowing, and the majority of specialists' is that of understanding.

Keywords : rehabilitation medicine, service, level of awareness

B A B I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Ilmu Rehabilitasi Medik, juga dikenal sebagai Ilmu Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi ataupun ilmu Kedokteran Fisik (1,2,3). Meskipun ilmu rehabilitasi medik telah berkembang baik di Amerika sejak tujuh dekade yang lalu, namun jika dibandingkan dengan spesialisasi lain merupakan spesialisasi yang relatif muda (3).

Kata fisisiatris muncul pada tahun 1945 dalam buku harian Dr. Frank Krusen. oleh Dr. Ernest Johnson diedit dalam "pronunciation" yang benar sebagai fizz-ée-at-trist, namun kenyataannya nama spesialisasi tetap dipertahankan sebagai Ilmu Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi, sedangkan para praktisinya disebut sebagai fisisiatris (1,2,3,4,5,6).

Di Amerika Serikat, Ilmu Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi, diakui secara formal sebagai satu disiplin ilmu kedokteran spesialis pada tahun 1947, ditandai dengan dibentuknya *The American Board of Physical Medicine and Rehabilitation* (2,7,8), sedangkan pelayanan terapi fisik telah dikenal sejak perang dunia pertama.

Di Indonesia, rehabilitasi medik dimulai sesudah perang kemerdekaan Republik Indonesia, oleh seorang ahli bedah ortopedi, yakni almarhum Prof. Dr. Soeharso pada tahun 1951 di Surakarta (9,10,11,12,13).

Pada tahun 1973 Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO) bersama-sama Depkes RI mencoba memperkenalkan konsep baru, yakni menangani

kecacatan langsung di Rumah Sakit Umum (RSU) yang dianggap merupakan tempat sumber kecacatan. Proyek pemanduannya diadakan di RSUP Dr. Kariadi Semarang dengan memanfaatkan Bagian Fisioterapi. Unit baru ini kemudian disebut *Preventive Rehabilitation Unit (PRU)*. Setelah proyek WHO selesai pada tahun 1976, dan analisis data selama 3 tahun di RSUP Dr. Kariadi Semarang, PRU menunjukkan keuntungan: masa perawatan dipersingkat, perhatian terhadap kecacatan bertambah, mengurangi penderita yang dikirim ke RC Solo (12). Depkes RI kemudian memutuskan mendirikan 10 PRU lagi di RSU-RSU di Jakarta, Bandung, Surabaya, Medan, Padang, Palembang, Samarinda, Manado, Ujung Pandang, Denpasar.

Upaya pelayanan rehabilitasi medik di rumah sakit dikembangkan sejak tahun 1978 (11), setelah dikeluarkan SK Menkes No. 134 tahun 1978 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSU dimana disebutkan bahwa RSU kelas A, B dan C perlu dilengkapi dengan unit rehabilitasi medik, yang dipimpin oleh seorang dokter (spesialis rehabilitasi medik) (12,14).

Walaupun saat itu sudah mulai dikembangkan upaya pelayanan rehabilitasi medis, tetapi pendidikan formal untuk dokter spesialis rehabilitasi medik di Indonesia belum ada, sehingga tak ayal kalau tenaga dokter spesialis rehabilitasi medik relatif masih sedikit. (Agustus 1998 : 162 orang (15) .

Pendidikan formal untuk dokter spesialis rehabilitasi medik dimulai sejak tahun 1987 berdasarkan Surat Keputusan Direktur Jenderal Pendidikan Tinggi Depdikbud RI No. 16/DIKTI/Kep/1987 tertanggal 2 Mei 1987, tentang pembentukan program studi Rehabilitasi Medik pada Program Pendidikan

Dokter Spesialis I di Universitas Indonesia, Universitas Diponegoro dan Universitas Airlangga (12, 16, 17).

Dengan adanya pusat pendidikan ini, jumlah dokter spesialis rehabilitasi medik makin bertambah (bulan Agustus 1998 : 162 orang (15)), dan pusat pendidikan saat ini (1999) bertambah 2 universitas, yaitu Universitas Padjajaran dan Universitas Sam Ratulangi, tetapi kedua pusat pendidikan ini, baru untuk pendidikan tahap awal (15). Dengan bertambahnya pusat pendidikan ini, diharapkan kebutuhan akan dokter spesialis rehabilitasi medik dapat terpenuhi.

Pelayanan rehabilitasi medik di RSUP Dr. Kariadi Semarang sudah ada sejak tahun 1973, namun sampai saat ini, belum ada yang meneliti, sampai sejauh manakah pemahaman pasien baru rawat jalan, dokter, paramedis di RSUP Dr. Kariadi Semarang terhadap pelayanan rehabilitasi medik.

Dari hasil penelitian pada Universitas yang bergabung dengan klinik rawat jalan kedokteran fisik dan rehabilitasi di London, Ontario, Kanada dari Mei sampai Desember 1990, ternyata pasien yang mampu mengidentifikasi dengan benar bahwa dokter yang sedang mereka hadapi adalah seorang fisiatris hanya 19 % (3), oleh karena itu peneliti ingin mencoba meneliti sejauh manakah pemahaman pasien baru rawat jalan, dokter, paramedis di RSUP Dr. Kariadi Semarang terhadap pelayanan rehabilitasi medik ?

1.2. Tujuan

Untuk mengetahui sejauh mana pemahaman pasien baru rawat jalan, dokter, paramedis di RSUP Dr. Kariadi Semarang terhadap pelayanan rehabilitasi medik.

1.3. Manfaat

Bagi dokter rehabilitasi medik dan Instalasi Rehabilitasi Medik apabila pemahaman ternyata rendah, ini merupakan masukan dan menjadi dasar strategi dalam pengembangan pelayanan rehabilitasi medik lebih lanjut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

II.1. Definisi

Rehabilitasi ialah semua tindakan yang bertujuan untuk mengurangi dampak disabilitas / handicap agar penca (penyandang cacat) dapat berintegrasi dalam masyarakat (18,19, 20, 21). Selanjutnya rehabilitasi dibagi menjadi rehabilitasi medik, rehabilitasi sosial dan rehabilitasi vokasional.

Rehabilitasi medik adalah proses pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk mengembangkan kemampuan fungsional dan psikik individu dan kalau perlu mengembangkan mekanisme kompensasinya agar dapat berdikari (14, 18, 19, 20).

Rehabilitasi sosial adalah proses rehabilitasi yang bertujuan untuk integrasi penyandang cacat kedalam masyarakat dengan membantunya menyesuaikan diri pada keluarga, masyarakat dan pekerjaan dengan mengurangi segala beban sosial ekonomi yang dapat menghambat proses rehabilitasinya (14, 18, 19, 20).

Rehabilitasi kekerjaan (vocational rehabilitation) adalah pengadaan pelayanan kekerjaan, misalnya bimbingan kekerjaan, latihan kerja dan penempatan aktif yang didesain untuk penyandang cacat (14, 18, 19, 20).

Sebelum membicarakan rehabilitasi medik lebih lanjut, alangkah baiknya bila kita mau sedikit menengok akan sejarah singkat rehabilitasi medik.

II.2. Sejarah singkat rehabilitasi medik

Terapi fisik sebenarnya sudah lama dikenal dan menampakkan efek manfaatnya dari berbagai modalitas. Pada jaman Romawi, atau mungkin sebelumnya telah dikenal dan digunakan helioterapi ataupun hidroterapi.

Arus Galvanic dan Faradic telah diaplikasikan sejak abad 18 dan 19. Kira-kira tahun 1890 arus frekuensi tinggi dari mesin diatermi diperkenalkan oleh d'Arsonal di Perancis dalam penatalaksanaan medis termasuk pembedahan.

(7)

Selama dan setelah perang dunia I, diatermi, stimulasi listrik, panas, masase dan latihan telah banyak digunakan sebagai terapi di Amerika Serikat (7). Terapi fisik, okupasi terapi telah digunakan secara luas di rumah sakit angkatan darat Amerika Serikat (7). Kolonel Harry Mock, dari korps dokter angkatan darat merujuk akan pentingnya pelayanan rehabilitasi luka dan orang dengan disabilitas selama perang dunia I. Coulter, seorang dokter korps angkatan darat mempromosikan terapi fisik dan rehabilitasi, kemudian melibatkan disiplin ilmu ini di universitas Northwestern. Terapi fisik telah banyak digunakan selama perang dunia I, dan telah dikembangkan secara luas sampai sekarang, dan pada perang dunia II kedokteran fisik dan rehabilitasi telah digunakan terapi fisik dalam bidang kesehatan militer (7). Sejak tahun 1930 para dokter telah tertarik dalam penatalaksanaan fisik dan rehabilitasi dan dibuktikan dengan

organisasi-organisasi, seperti Perkumpulan Terapi Fisik Amerika (America Physical Therapy Association), Konggres Rehabilitasi Medik Amerika (The American Congress of Rehabilitation Medicine), Akademi Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi Amerika. (American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation) (3). Sedangkan kata fisiatris muncul pertama kali pada buku harian Dr. Frank Krusen pada tahun 1945 (3).

Walaupun rehabilitasi medik di Amerika Serikat telah dikenal sejak perang dunia I, tetapi disiplin ilmu kedokteran fisik dan rehabilitasi, diakui secara formal sebagai satu disiplin ilmu kedokteran spesialis pada tahun 1947, dengan ditandai dibentuknya *The American Board of Physical and Rehabilitation* (2, 7,8).

Di Indonesia, rehabilitasi medik dimulai sesudah perang kemerdekaan Republik Indonesia, oleh seorang ahli bedah ortopedi, yakni almarhum Professor Dr. Soeharso dalam tahun 1951 di Surakarta (9,10,11,12,13), dengan diresmikannya Rehabilitasi Centrum (RC), tepatnya 28 Agustus 1951 yang berlokasi di Jebres Solo (10). Professor Dr. Soeharso, merintis kegiatan pembuatan kaki dan tangan palsu bagi para penderita cacat tubuh akibat perang kemerdekaan. RC memiliki dua kegiatan utama yaitu rehabilitasi medik dan Rehabilitasi karya (10).

Upaya pelayanan rehabilitasi medik di rumah sakit Indonesia, mulai dikembangkan sejak tahun 1978 dengan didirikannya Unit Rehabilitasi Medik (URM) di beberapa rumah sakit besar. Adapun aktivitas utama dari unit ini adalah mencegah kemungkinan terjadinya keadaan cacat dan memberikan semua pengobatan yang perlu guna meringankan setiap

keadaan cacat (11). Standart pelayanan rehabilitasi medik di RSUD Kelas A, B, C di Indonesia berdasarkan SK Menkes No. 134 / 78 terdiri dari 6 sub unit, meliputi : (14)

1. Fisioterapi
2. Okupasi terapi
3. Ortotik prostetik
4. Terapi wicara
5. Psikologi
6. Sosial Medik

Dan dipimpin oleh seorang dokter spesialis rehabilitasi medik.

Tahun 1987, pendidikan formal dokter spesialis rehabilitasi medik di Indonesia telah dimulai dengan pusat pendidikan di FK UI, FK Undip dan FK Unair, dan sampai saat ini bertambah lagi 2 pusat pendidikan walaupun baru untuk tahap awal, yakni Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi dan Universitas Pajajaran Bandung.

II.3. Ruang lingkup rehabilitasi medik

Pada tahun 1976 *WHO (World Health Organization)* dalam pertemuannya pada *the 29 th World Health Assembly* menyatakan bahwa rehabilitasi merupakan fase ketiga dari bidang medis, sedang fase pertama adalah preventif dan fase kedua, kuratif.

Semua ini bertujuan hendak memberikan pelayanan paripurna berkesinambungan pada penderita-penderita yang mengalami kecacatan dan

ketergantungan dalam melaksanakan fungsinya sebagai individu maupun dalam interaksi sosial dan lingkungan (13).

Tetapi konsep ilmu kedokteran yang baru, tidak lagi menempatkan rehabilitasi medik pada fase ketiga setelah preventif (dulu dianggap fase I), dan kuratif (fase II), tetapi telah memasukkan partisipasi rehabilitasi medik sejak dini yaitu pada kegiatan preventif (*preventive rehabilitation*). Dengan strategi baru ini, banyak komplikasi dan kecatatan dapat dicegah atau dikurangi, disamping itu, restorasi fungsi optimal dapat dicapai lebih cepat (22).

Dari sumber lain mengatakan intervensi rehabilitasi medik sudah dimulai pada promotif dan preventif (23).

Untuk memudahkan pembahasan ruang lingkup rehabilitasi medik, ada baiknya untuk diketahui beberapa istilah (terminologi) yang berkaitan yaitu : (2,22).

1. **Fisiatri atau Ilmu Kedokteran Fisik**, merupakan nama pertama untuk ilmu kedokteran rehabilitasi, sehingga gelar spesialis dibidang ini dikenal dengan *physiatrist* (fisiatris), nama lain adalah *physical medicine*.
2. **Physical Medicine and Rehabilitation (PMR) atau Ilmu Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi (IKFR)**, merupakan istilah yang kemudian muncul dalam perkembangan ilmu kedokteran fisik, hal mana terjadi karena aspek rehabilitasi fisik merupakan kesatuan didalam kegiatan fisiatri (kedokteran fisik).

3. *Rehabilitation medicine* atau Ilmu Kedokteran Rehabilitasi, yang saat ini lebih dikenal dengan istilah rehabilitasi medik.

Dokter spesialis dibidang rehabilitasi medik, selain dikenal sebagai fisiatris, dikenal juga sebagai dokter spesialis rehabilitasi medik, dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi, dokter spesialis kedokteran fisik, ataupun dokter spesialis rehabilitasi (3).

Sesuai dengan Surat Keputusan PB IDI Nomor 075/PB/A.4/06/9 tentang gelar akademik dan sebutan profesi di lingkungan kedokteran, maka sebutan profesi profesional dokter spesialis rehabilitasi medik adalah sebagai berikut (15).

(contoh) : Dr.Polan, S.Ked,SpRM atau Polan,Dr. S.Ked,SpRM.

II.4. Falsafah rehabilitasi medik dan falsafah kerjanya

Permasalahan rumit dan kompleksnya penanganan penyandang cacat (penca) sudah menjadi masalah yang klasik karena cacat apapun dan bagaimanapun ringannya kecacatan tersebut selalu akan berakibat terganggunya seluruh aspek kehidupan dari para penca tersebut meliputi aspek-aspek biologis, sosial, psikologis, vokasional, kultural dan spiritual. Secara universal harapan dari para penca dimanapun saja adalah agar dapat kembali ke kehidupan yang layak dengan cara yang bermanfaat sesuai dengan harkatnya sebagai manusia. Mereka selalu menginginkan masyarakat disekitarnya mengakui keberadaannya dengan cara bersikap untuk mengerti dan tidak untuk mengasihani mereka. Demikian juga secara

universal penanganan para penca selalu berlandaskan kepada falsafah berikut : (24)

"menolong meningkatkan kemampuan fungsional penca berdasarkan kemampuan yang masih dimiliki".

Dari falsafah ini terkandung dua arti yang sangat penting, yaitu :

1. Yang menolong harus mempunyai pengetahuan , ketrampilan dan sikap yang tinggi dan mulia terhadap hal-hal yang berkaitan dengan proses terjadinya kecacatan, karakteristik dan perjalanan kecacatan tersebut serta dampaknya terhadap kehidupan para penca.
2. Diakui dan disadarinya bahwa para penca tetap mempunyai motivasi dan daya suai yang tinggi dari dirinya terhadap lingkungannya. Namun kemampuan ini perlu diarahkan dengan benar oleh si penolong.

Pelayanan rehabilitasi medik penca di Indonesia juga berlandaskan falsafah tersebut.

Dengan demikian semua kegiatan pelayanan rehabilitasi medik akan berkonsentrasi kepada dua hal tersebut diatas, yaitu : (24).

- a. menyediakan sumber daya manusia, dana, fasilitas dan lingkungan yang memenuhi syarat untuk mampu memberikan pelayanan rehabilitasi medik yang aman, informatif, efektif, efisien, manusiawi, mutu dan memuaskan (pelayanan yang AIEEMMM).
- b. Membangkitkan motivasi para penca, keluarga, masyarakat sekelilingnya dan masyarakat luas agar ikut berpartisipasi dalam penanganan penca sesuai dengan yang diamanatkan oleh SKN, yaitu kesehatan adalah tanggung jawab kita semua.

Dalam melaksanakan kegiatan butir 1 tersebut diatas, satu falsafah lagi yang juga berlaku secara universal, yaitu falsafah kerja dari para penolong sebagai pijakan dalam bertindak terhadap para penca, yaitu :

" Bekerja dalam satu tim multidipliner yang solid"

Anggota tim rehabilitasi medik penca yang terdiri dari: (24)

1. Dokter spesialis rehabilitasi medik / dokter
2. Fisioterapis
3. Terapis okupasi
4. Terapis wicara
5. Prostetis ortosis
6. Psikolog
7. Pekerja sosial medik (11,14 , 25)

Sesuai dengan perkembangannya, anggota tim dapat diperluas, misalnya : perawat rehabilitasi, guru, terapis rekreasional, penyuluh karya, dan lain-lain (11).

Penjabaran dari falsafah kerja diatas adalah bahwa semua anggota tim dalam bekerja harus mempunyai pijakan (*platform*) yang sama, yaitu : kebersamaan yang mengandung komponen-komponen sebagai berikut :

1. Bersama-sama menangani penca, sebagai titik sentralnya yang paling penting (*patient oriented*) dan semua program rehabilitasi medik harus dilaksanakan sedini mungkin, yaitu pada fase awal terjadinya kecacatan atau bahkan pada fase awal saat dicurigainya kemungkinan akan timbulnya kecacatan dan bukan setelah kecacatan itu terjadi pada fase yang sudah lanjut.

2. Bersama-sama mencapai kemajuan (kognitif, psikomotor, afektif).
3. Bersama-sama menuju kesejahteraan.

Apabila falsafah kebersamaan ini ditinggalkan satu butir saja, maka misi penanganan penca pasti akan tersendat-sendat jalannya menuju kesejahteraan.

Suatu program rehabilitasi, dikatakan berhasil baik apabila mengandung unsur : (11).

1. Pemulihan kondisi fisik
2. Pemulihan kondisi psikologik
3. Latihan pravokasional dan pengalaman kerja singkat guna membantu penderita mengembalikan kepercayaan diri .
4. Resosialisasi

II.5. Kebijakan pemerintah terhadap kecacatan

Jumlah penyandang cacat di Indonesia menurut perkiraan WHO sebesar 7-10% penduduk. Sedangkan menurut Depsos RI adalah 3,11% dan yang terakhir menurut SKRT 1995 adalah 31,8% (*impairment*) dan 18,7% (*disability*) (24). Permasalahan ini diperberat lagi dengan tidak terjangkaunya pelayanan rehabilitasi medik oleh sebagian besar penyandang cacat karena pelayanan rehabilitasi medik hanya tersedia di rumah sakit yang berada di perkotaan, sedangkan penyandang cacat berada di sebagian besar di pedesaan sesuai dengan penyebaran penduduk Indonesia yang 69% diantaranya bertempat tinggal di daerah pedesaan (23).

Dari hasil survey kesehatan mata tahun 1996 nampak bahwa 50% masyarakat mencari pertolongan ke puskesmas , ironisnya pelayanan rehabilitasi medik belum tersedia di Puskesmas. Upaya pemerintah dalam mengatasi permasalahan tersebut diatas ditujukan untuk mengurangi angka kecacatan serta mengendalikan masalah kecacatan agar tercapai masyarakat yang sehat dan produktif.

Kebijakan yang diambil pemerintah agar tercapai masyarakat yang sehat produktif tersebut yaitu menerapkan paradigma sehat dalam pembangunan kesehatan yang berorientasi kepada peningkatan dan perlindungan penduduk sehat bukan hanya penyembuhan serta pemulihan terhadap orang sakit / cacat. Oleh karena itu program kesehatan ditekankan pada upaya promotif dan preventif dengan maksud meningkatkan orang sehat menjadi lebih sehat atau tidak jatuh sakit lagi. Jika jatuh sakit akan sembuh sempurna tanpa sequelae kecacatan. Dengan demikian upaya rehabilitasi medik dimulai sedini mungkin yaitu dari promotif dan preventif (23,26). Dalam penerapannya, Departemen Kesehatan telah mengembangkan upaya terobosan melalui pengembangan program rehabilitasi bersumberdaya masyarakat, dimana masyarakat dididik agar mampu mencegah, mendeteksi dan memberikan pertolongan yang sederhana , minimal untuk keluarganya dalam kapasitas yang sederhana serta mengetahui masalahnya sendiri. Upaya ini telah dibantu oleh WHO maupun donor agensi lain, akan tetapi pengembangannya perlu diperluas. Di rumah sakit juga diterapkan PKMRS dan konsep pelayanan rehabilitasi medik melalui pendekatan tim yang dilaksanakan sedini mungkin yaitu

setelah penyelamatan nyawa teratasi sehingga pasien sembuh tanpa meninggalkan kecacatan atau jika cacat, kecacatannya seminimal mungkin, sehingga terjadi efisiensi biaya dan pelayanan baik rumah sakit maupun pasien sendiri.

II.6. Organisasi Pelayanan rehabilitasi Medik di Indonesia (24).

Pelayanan rehabilitasi medik di Indonesia, mempunyai 2 sistem, yaitu :

1. *Institutionaly - Based Rehabilitation (IBR)*

Ini adalah sistem pelayanan rehabilitasi medik di rumah-rumah sakit.

Sistem IBR ini disadari sangat mahal, oleh karena disamping memerlukan sumberdaya manusianya dan berspesialisasi juga dibutuhkan dana, fasilitas penunjang dan lingkungan yang memadai.

2. *Community - Based Rehabilitation (CBR)*

Konsep CBR ini dibuat oleh WHO dalam upaya penanganan penca untuk negara-negara berkembang karena terbatasnya sumber daya yang ada. Prinsip CBR ini pada dasarnya adalah pelayanan RM dari, untuk dan oleh masyarakat sendiri. Konsep ini sesuai dengan Sistem Kesehatan Nasional kita dimana kesehatan adalah tanggung jawab kita bersama dan peran serta masyarakat adalah sangat penting. Dengan adanya CBR ini, diharapkan masyarakat mampu mencegah, mendeteksi penyakit dan memberikan pertolongan yang sederhana, minimal untuk keluarganya.

II.7. Penyakit-penyakit yang berhubungan dengan rehabilitasi medik

Banyak penyakit yang berhubungan dengan pelayanan rehabilitasi medik, terutama yang bersifat menahun mengenai sistem neuromuskuloskeletal, kardiorespirasi beserta dampak psikososial vakasional yang menyertai kecacatan tersebut (27), dimana sering menimbulkan mundurnya kemandirian seseorang

WHO (1981) telah mengembangkan pengertian / konsep secara bertingkat tentang kriteria mundurnya kemandirian yang bisa menimbulkan cacat fisik (*impairment, disability, handicap*) sebagai berikut : (26, 28, 29, 30, 31).



Departemen Kesehatan Republik Indonesia (1990) telah menterjemahkan konsep ini sebagai : (6)

Impairment sebagai kelainan

Disability sebagai ketidakmampuan

Handicap sebagai ketunaan

Impairment (kelainan) adalah setiap kehilangan atau kelainan, baik psikologik, fisiologik ataupun fungsi struktur maupun anatomik (26,28,30,32,33).

Disability (ketidakmampuan) adalah suatu hambatan atau keterbatasan untuk melaksanakan aktivitas yang biasanya dapat dikerjakan oleh orang yang normal sebagai akibat *impairment* (26,28,30,32,33)

Handicap (ketunaan) adalah suatu kerugian seseorang sebagai akibat *impairment* atau *disability* sehingga membatasinya untuk melaksanakan

peranan hidup secara normal (termasuk hubungan dengan usia, jenis kelamin dan faktor-faktor sosial budaya) (26,28,30,32,33) Jadi handicap merupakan suatu fenomena sosial.

Disability dan *handicap* keduanya mempengaruhi bentuk dan derajat ketergantungan.

Penyebab keadaan cacat itu sendiri, dapat karena kelainan bawaan atau cacat yang didapat dalam perjalanan hidupnya, baik karena penyakit maupun karena kecelakaan (26).

Menurut WHO, penyakit / keadaan yang dapat mengakibatkan cacat, dapat dilihat pada tabel 1 dibawah ini :

Tabel 1. Penyebab dan perkiraan jumlah penyandang cacat didunia (1980) (26)

Penyebab	Perkiraan Juta	Jumlah %
1. Malnutrisi	100	19,3
2. Penyakit tidak menular	100	19,3
3. Kelainan bawaan	(100	19,3)
- kelainan fisik bawaan	40	7,7
- Retardasi mental	40	7,7
- Kelainan bukan genetik	20	3,9
4. Penyakit menular	(56	11,0)
- Poliomieltitis	1,5	0,4
- Trachoma	10	1,9
- Lepra	3,5	0,7
- Onchocerciasis	1,0	0,3
- Lainnya	40,0	7,7
5. Kecelakaan/rudapaksa	(78	15,2)
- Kecelakaan lalu lintas	30	5,8
- Kecelakaan kerja	15	2,9
- Kecelakaan dirumah	30	5,8
- Lainnya	3	0,7
6. Kelainan psikiatri fungsional	40	7,7
7. Kecanduan alkohol dan obat	40	7,7
8. Lainnya	2	0,5
Jumlah	516	100,0

Sedangkan data penderita cacat di Indonesia berdasarkan sensus 1980, adalah :

- Tuna netra : 41,057
- Tuna wicara / rungu : 76.745
- Cacat anggota badan : 95,981
- Cacat mental : 40.441

Beberapa contoh penyakit yang ada hubungannya dengan bidang rehabilitasi medik, misalnya : (1)

- | | |
|-----------------------------------|--|
| - Cedera medula spinalis | - Berbagai tipe artritis |
| - Strok | - Cedera jaringan lunak |
| - Palsi serebral | - Sindroma penggunaan berlebihan (overuse syndrome) |
| - Multipel sklerosis | - Penyakit jantung |
| - Neuropati jebakan | - Keterbatasan lingkup gerak sendi |
| - Skoliosis | - Ulkus dekubitus |
| - Amputasi | - Kelainan tingkah laku dan psikis (misal : depresi) |
| - Penyakit paru obstruktif kronis | |
| - Muskular distrophia | |
| - Polimiositis | |

Sebagai tenaga kesehatan, setelah mengetahui penyakit/ diagnosisnya , langkah selanjutnya adalah memikirkan tentang penatalaksanaannya. Salah satu aspek penatalaksanaan adalah rehabilitasi. Untuk menangani dari segi rehabilitasi yang baik diperlukan suatu pemahaman yang baik terhadap pelayanan rehabilitasi itu sendiri.

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pemahaman dapat dilihat dibawah ini.

II.8. Faktor-faktor yang berpengaruh pada pemahaman pasien baru rawat jalan, dokter, paramedis di RSUP Dr. Kariadi Semarang terhadap pelayanan rehabilitasi medik.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kurangnya pemahaman terhadap pelayanan rehabilitasi medik dapat dibagi berdasarkan :

1. Pasien :

- Rehabilitasi medik merupakan salah satu cabang spesialisasi di bidang kedokteran yang relatif muda, bila dibandingkan dengan cabang spesialisasi lainnya.
- Populasi fisiatris masih sedikit
- Dokter perujuk kurang komunikatif dengan pasien
- Kurang memperhatikan akan jenis spesialisasi dokter
- Pendidikan formal pasien rendah
- Umur pasien masih muda
- Jenis pekerjaan pasien tidak / kurang berhubungan langsung dengan kesehatan.

2. Dokter spesialis dan Dokter Umum :

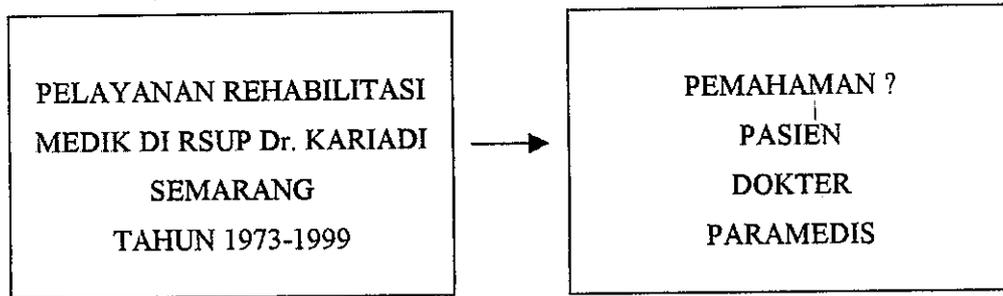
- Rehabilitasi medik merupakan salah satu cabang spesialisasi di bidang kedokteran yang relatif muda bila dibandingkan dengan cabang spesialisasi lainnya
- Belum ada kurikulum mata kuliah di Fakultas Kedokteran di Indonesia

- Simposium dalam bidang Rehabilitasi Medik relatif kurang bila dibandingkan disiplin ilmu kedokteran yang lain

3. Paramedis :

- Kurangnya pelatihan tentang rehabilitasi medik
- Kurangnya sosialisasi rehabilitasi medik
- Pendidikan paramedis rendah (SPK / Sekolah Bidan)

II.9. Kerangka konsep



B A B III

METODOLOGI PENELITIAN

III.1. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan selama 2 bulan (dari bulan September s/d Oktober 2000) di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

Analisis data : Oktober - Nopember 2000

Penulisan : Nopember 2000

III.2. Subjek penelitian

Materi yang dipergunakan dalam penelitian ini meliputi pasien, dokter serta paramedis yang ada di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

❖ **Pasien yang dimaksud dalam penelitian ini adalah :**

- Pasien baru rawat jalan yang berkunjung di poliklinik yang ada di RSUP Dr. Kariadi Semarang.
- Bersedia sebagai partisipan

❖ **Dokter yang dimaksud dalam penelitian ini adalah:**

- Dokter spesialis, umum (peserta PPDS I), gigi bekerja di RSUP Dr. Kariadi Semarang (dokter gigi masuk kelompok dokter spesialis).
- Bersedia sebagai partisipan

❖ **Paramedis yang dimaksud dalam penelitian ini adalah:**

- Perawat, bidan bekerja di RSUP Dr. Kariadi Semarang
- Bersedia sebagai partisipan

❖ **Pasien yang tidak masuk dalam penelitian ini, apabila :**

- Pernah mendapat pelayanan program rehabilitasi medik
- Dokter, paramedis, pegawai RSUP Dr. Kariadi Semarang
- Tidak kooperatif

❖ **Sedangkan dokter dan paramedis (perawat dan bidan) yang tidak masuk dalam penelitian ini, apabila :**

- Tidak kooperatif
- Pernah mengikuti pelatihan pelayanan rehabilitasi medik
- Ikut serta mengisi kuesioner sebagai pre test kuesioner

❖ **Alat yang dipakai :**

Alat yang dipakai untuk memperoleh data, dipergunakan kuesioner seperti yang tertulis pada lampiran 1.

❖ **Metode penelitian / batasan operasional**

Data penelitian diperoleh dengan cara melakukan survei terhadap responden, yang dimaksud dengan responden dalam penelitian ini adalah pasien baru rawat jalan, dokter serta paramedis yang ada di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

❖ **Pasien yang dipakai sebagai responden adalah :**

- Pasien baru anak-anak berumur 12-14 tahun yang berobat ke poliklinik RSUP Dr. Kariadi Semarang.
- Pasien baru dewasa berumur ≥ 15 tahun yang berobat ke poliklinik RSUP Dr. Kariadi Semarang.

❖ **Dokter yang dipakai sebagai responden adalah :**

- Dokter spesialis yang bekerja di RSUP Dr. Kariadi Semarang dan bukan dokter spesialis rehabilitasi medik.
- Dokter umum yang bekerja di RSUP Dr. Kariadi Semarang selain satuan medik fungsional Rehabilitasi Medik.

❖ **Paramedis yang dipakai sebagai responden adalah :**

- Paramedis yang bekerja di RSUP Dr. Kariadi Semarang, selain yang bekerja di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP Dr. Kariadi Semarang.

III.3. Teknik pengambilan sampel : (35)

- Jumlah sampel dibagi menjadi 2 kelompok :
 1. Jumlah populasi yang sudah diketahui pasti jumlahnya (dokter spesialis, dokter umum, paramedis).

Rumus :

$$n = \frac{NPQ}{(N-1)D + PQ}$$

Keterangan :

n = sampel yang diperlukan

N = jumlah populasi yang ada

P = Proporsi sebenarnya tak diketahui . P = 0,5

Tingkat kepercayaan = 95%

Batas kesalahan sampling = B = 0,05

$$D = \frac{B^2}{4} = 0,000625$$

$$Q = 1 - P = 0,5$$

Jumlah :

	Populasi	Sampel
- dokter spesialis	218 orang	154 orang
- dokter umum	415 orang	215 orang
- paramedis	652 orang	248 orang

2. Pengambilan sample responden pasien yang ada di bagian rehabilitasi medik (RM) secara acak terbatas dengan melakukan survei dari jam 08.00 - 11.00 terhadap pasien yang datang berobat di poliklinik RM RSUP Dr. Kariadi Semarang selama 1 bulan pertama. Sedangkan sampel pasien diluar poliklinik RM dilakukan pada bulan kedua penelitian. Pasien diluar poliklinik RM berasal dari bagian saraf, ilmu kesehatan anak, bedah, kebidanan dan penyakit kandungan, ilmu penyakit dalam, mata, telinga hidung tenggorokan, kulit dan kelamin, radiologi, gigi dan mulut, dan psikiatri. Pengambilan sampel pasien pada tiap bagian secara acak terbatas dengan melakukan survei setiap hari dari jam 08.00 - 11.00 terhadap pasien yang datang di bagian masing-masing tersebut diatas selama 3 hari.

III.4. Kriteria pokok responden dalam pemahaman pelayanan rehabilitasi medik, apabila mengetahui :

1. Bisa menyebut dokter spesialis dibidang rehabilitasi medik, minimal mengetahui dokter spesialis rehabilitasi medik
2. 6 sub unit rehabilitasi medik dengan benar.

3. Menyebutkan pengertian rehabilitasi medik dengan benar.

III.5. Tingkat pemahaman responden terhadap pelayanan rehabilitasi medik

dibagi menjadi 4 :

1. Tidak pernah mendengar
2. Pernah mendengar, tetapi tidak mengerti
3. Mengerti
4. Memahami

Yang dimaksud :

1. **Tidak pernah mendengar, apabila :**

responden belum pernah mendengar kata rehabilitasi medik.

2. **Pernah mendengar, tetapi tidak mengerti, apabila :**

responden pernah mendengar kata rehabilitasi medik, tetapi tidak bisa menyebutkan salah satu atau lebih kriteria diatas.

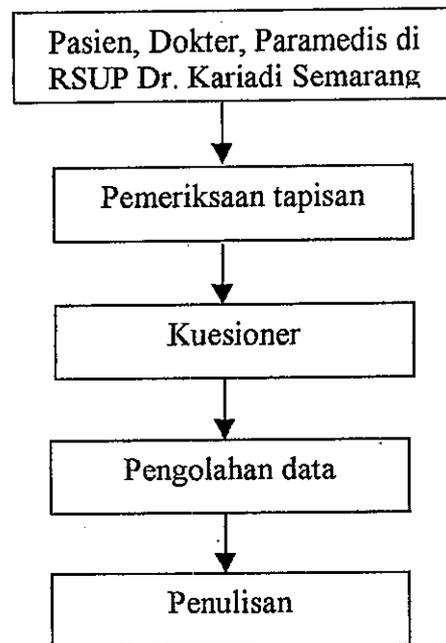
3. **Mengerti, apabila :**

pernah mendengar rehabilitasi medik dan responden bisa menyebut kriteria 1 atau 2 kriteria diatas dengan benar.

4. **Memahami, apabila :**

pernah mendengar rehabilitasi medik dan responden bisa menyebutkan kriteria 1, 2, 3 diatas dengan benar.

III.6 Alur penelitian ini dapat dilihat pada diagram di bawah ini :



❖ **Analisis Data**

Data penelitian yang diperoleh dianalisa dengan Statistik Deskriptif

BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN

IV.1. Pemahaman pasien baru rawat jalan di poliklinik rehabilitasi medik RSUP Dr. Kariadi Semarang terhadap pelayanan rehabilitasi medik.

HASIL :

Hasil rekapitulasi pemahaman pasien baru rawat jalan di poliklinik rehabilitasi medik RSUP Dr. Kariadi Semarang terhadap pelayanan rehabilitasi medik, dapat dilihat pada tabel 2

Tabel 2 Rekapitulasi Pemahaman Pasien Baru Rawat Jalan di Poliklinik Rehabilitasi Medik di RSUP Dr. Kariadi Semarang terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik

No.	Variabel Yang diteliti	Jumlah Subyek yang diteliti	Persentase
1.	Jenis Kelamin Pasien		
	1. Wanita	66	72.53
	2. Laki-laki	25	27.47
2.	Pekerjaan Pasien		
	1. PNS	21	23.10
	2. TNI POLRI	0	0
	3. Wiraswasta	3	3.30
	4. Swasta	14	15.38
	5. Pensiunan	19	20.88
	6. Mahasiswa	6	6.59
	7. pelajar	0	0
	8. buruh	2	2.19
9. lainnya (Tidak bekerja, ibu rumah tangga)	26	28.56	

3.	Pendidikan Terakhir Pasien		
	1.SD	15	16.48
	2.SLTP	15	16.48
	3.SLTA	43	47.25
	4.Sarjana Muda	7	7.69
	5 Sarjana	6	6.60
	6.Pasca Sarjana	2	2.20
	7.Lain-lain (tidak sekolah,SD,tidak tamat SD)	3	3.30
4.	Sumber Biaya Pengobatan dari :		
	1. Asuransi (Askes,Jamsostek, dll)	59	64.84
	2. Diganti atasan/perusahaan	1	1.09
	3. Sendiri	31	34.07
5.	Penghasilan pasien /bulan		
	1. < Rp 100.000,-	4	4.39
	2. Rp 100.000 – 200.000,-	13	14.29
	3. Rp 200.000 – 500.000,-	32	35.16
	4. Rp 500.000 – 1.000.000,-	38	41.76
	5. > Rp 1000.000,-	4	4.40
6.	Alasan pasien datang berobat ke RM RS dr.Kariadi :		
	1. Datang sendiri	4	4.40
	2. Dirujuk	87	95.60
7.	Pasien berobat ke RM RS dr.Kariadi atas rujukan :		
	1.Paramedis/Perawat diluar lingkungan RS dr.Kariadi	0	0
	2. Puskesmas	8	9.20
	3.Dokter Umum Praktek Swasta	9	10.34
	4.Dokter spesialis praktek swasta	14	16.09
	5.Poliklinik/Dokter di lingkungan RS dr.Kariadi	52	59.77
	6.Rumah sakit Lain	4	4.60
8.	Informasi yang disampaikan dokter kepada pasien yang dirujuk tentang pelayanan yang akan diterima di bagian RM :		
	1.Penyinaran	29	33.34
	2.Penyinaran ,Traksi	37	42.52
	3.Latihan fisik yang sesuai	7	8.05
	4.Penyinaran, latihan fisik yg sesuai	10	11.49
	5.Latihan fisik yang sesuai,,stimulasi listrik	1	1.15
	6.Latihan batuk efektif	1	1.15
	7.Penyinaran, latihan batuk efektif	1	1.15
	8.Dibuatkan alat Bantu	1	1.15
	9.Tidak memberi keterangan apapun	0	0

9.	Tingkat pemahaman pasien terhadap pelayananan RM RS dr.Kariadi		
	1.Tidak pernah mendengar RM	52	57.14
	2.Pernah mendengar RM, tetapi tidak mengerti	16	17.58
	3.Mengerti RM	22	24.18
	4.Memahami RM	1	1.10
10.	Pasien mengerti tentang RM bersumber dari		
	1.Relasi	7	7.69
	2.Paramedis	1	1.10
	3.Puskesmas	1	1.10
	4.Dokter umum praktek swasta	0	0
	5.Dokter spesialis praktek swasta	1	1.10
	6. Poliklinik/dokter di lingkungan RS dr.Kariadi	13	14.28
	7.Rumah Sakit Lain	3	3.30
	8.Lain-lain (Pamflet, simposium, buku, tidak ingat)	1	1.10
	9.Tidak mengerti RM	64	70.33
11.	Pengertian pasien terhadap istilah Fisioterapi Adalah :		
	1.Pijat urut	14	15.38
	2.Pengobatan dengan sinar rotnen	10	10.99
	3.Ilmu dan seni pengobatan fisik dengan perantara unsur-unsur alamiah.	3	3.30
	4.Melatih orang lumpuh	2	2.20
	5.Tidak tahu	69	68.13
12.	Pengertian pasien terhadap istilah RM adalah :		
	1.Tempat penampungan orang-orang cacat	8	8.79
	2. Suatu proses pelayanan kesehatan yang bertujuan mengembangkan kemampuan fungsional,psikis individu dan agar dapat berdikari	20	21.98
	3.Perbaikan bangunan/gedung rumah sakit	0	0
	4.Tidak tahu	63	69.23
13.	Sebutan bagi dokter spesialis RM menurut pasien adalah dokter :		
	1. Spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi	3	3.30
	2. Fisiatris	0	0
	3.Spesialis Rehabilitasi medik	9	9.89
	4.Spesialis kedokteran fisik	1	1.10
	5.Spesialis rehabilitasi	0	0
	6.spesialis syaraf	9	9.89
	7. Tidak tahu	69	75.82

14.	Pengertian pasien terhadap masalah/problem yang ditangani oleh dokter di bagian RM		
	1. Nyeri, strok, palsy serebral, mulut perot, kelemahan otot	11	12.09
	2. Nyeri, strok, palsy serebral, mulut perot, kelemahan otot, kelompok rematik, patah tulang, kehilangan anggota tubuh yang perlu alat bantu (penguat).	4	4.40
	3. Nyeri, strok, palsy serebral, mulut perot, kelemahan otot, batuk lama dengan lendir banyak, sesak nafas	2	2.20
	4. Nyeri, strok, palsy serebral, mulut perot, kelemahan otot, Keterlambatan perkembangan anak (termasuk bicara)	2	2.20
	5. Nyeri, strok, palsy serebral, mulut perot, kelemahan otot, kesulitan bicara dan menelan	2	2.20
	6. kesulitan bicara dan menelan	3	3.30
	7. Tidak tahu	67	73.61
15.	Menurut pasien macam pelayanan yang didapatkan di Bag. RM RS dr.Kariadi adalah :		
	1. Diperiksa dokter dan diberikan resep, Penyinaran, diberikan latihan, traksi/ditarik, stimulasi listrik.	15	16.48
	2. Penyinaran, diberikan latihan, traksi/ditarik, stimulasi listrik.	12	13.19
	3. Mendapatkan alat bantu penguat/bagian tubuh palsu	1	1.10
	4. Tidak tahu	63	69.23

PEMBAHASAN

Pada tabel 2, hasil penelitian dari 91 pasien (responden) yang ikut berpartisipasi dalam penelitian ini terdiri 66 (72,53%) wanita dan 25 (27,47%) pria.

Berdasarkan pekerjaan responden didapatkan 28,56% sebagai ibu rumah tangga, 23,10% pegawai negeri sipil, 20,88% pensiunan, 15,38% swasta, 6,59% mahasiswa dan 3,30% wiraswasta, dan 2,19% sebagai buruh.

Latar belakang pendidikan responden terdiri dari SLTA 47,25%, SD 16,48%, SLTP 7,69%, sarjana muda 6,60%, sarjana 2,20% pasca sarjana, sedangkan 3,30% termasuk tidak sekolah, duduk dibangku SD, tidak tamat SD.

Sumber biaya pengobatan , ditanggung sendiri sebesar 34,07%, asuransi 64,84%, diganti oleh atasan / perusahaan 1,09%.

Tingkat penghasilan responden / bulan antara Rp. 500.000-Rp. 1.000.000 sebesar 41,76%, Rp. 200.000 - Rp. 500.000 sebesar 35,16%, Rp. 100.00 - Rp. 200.000 sebesar 14,24%, > Rp. 1.000.000 sebesar 4,40% dan < Rp. 100.000 sebesar 4,39%.

Pasien yang datang ke poliklinik rehabilitasi medik karena dirujuk sebesar 95,60% dan yang datang sendiri 4,40%.

Pasien yang datang, dirujuk oleh poliklinik / dokter dilingkungan RSUP Dr. Kariadi sebesar 59,77%, dokter spesialis praktek swasta 16,04%, dokter umum praktek swasta 10,34%, puskesmas 9,2% dan 4,60% berasal dari rumah sakit lain.

Informasi yang diberikan oleh perujuk antara lain mendapatkan penyinaran dan traksi sebesar 42,52%, penyinaran 33,34%, penyinaran, latihan fisik yang sesuai 11,49%, latihan yang sesuai 8,05%, latihan fisik yang sesuai, stimulasi listrik dan latihan batuk efektif dan penyinaran dan batuk efektif dan dibuatkan alat bantu masing-masing sebesar 1,15 %.

Berdasarkan kriteria pokok pemahaman , didapatkan bahwa responden tidak pernah mendengar rehabilitasi medik sebesar 57,14%, mengerti rehabilitasi medik 24,18%, pernah mendengar, tetapi tidak mengerti rehabilitasi medik 17,58% dan memahami sebesar 1,1 %.

Dari mana sumber responden mengenal / mendengar rehabilitasi medik tampak sebagai berikut 14,28% berasal dari poliklinik dokter di lingkungan

RSUP Dr. Kariadi Semarang, 7,69% relasi, 3,30% rumah sakit lain, dan 1,10% masing-masing berasal dari paramedis, puskesmas, dokter spesialis praktek swasta, lain-lain (pamflet, simposium, buku, tidak ingat).

Pengertian responden terhadap rehabilitasi medik, yang menjawab dengan benar sebesar 21,98%, sedangkan yang menyebutkan sebagai tempat penampungan orang-orang cacat sebesar 8,79%, dan 69,23% menyatakan tidak mengerti.

Responden yang menyebut dokter spesialis dibidang rehabilitasi medik sebagai berikut 9,89 % sebagai dokter spesialis rehabilitasi medik 3,30% spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi 1,1 %, spesialis kedokteran fisik, sedangkan 9,89 % menyebut sebagai spesialis saraf dan 75,82% tidak mengetahuinya.

Menurut pasien, problem yang ditangani di instalasi rehabilitasi medik masing-masing sebagai berikut nyeri, stroke, palsy serebral, mulut perot, kelemahan otot sebesar 12,09%; nyeri, stroke, palsy serebral, mulut perot, kelemahan otot, kelompok rematik, patah tulang, kehilangan anggota tubuh yang perlu alat bantu 4,40%, kesulitan bicara dan menelan 3,30%, nyeri stroke, palsy serebral, mulut perot, kelemahan otot, batuk lama dengan lendir banyak, sesak nafas sebesar 2,20%; nyeri, stroke, palsy serebral, mulut perot, kelemahan otot, keterlambatan tumbuh kembang 2,20% dan nyeri, strok, palsy serebral, mulut perot, kelemahan otot, kesulitan bicara dan menelan sebesar 2,20%, sedangkan 73,61 % menyatakan tidak tahu.

Menurut responden , jenis pelayanan yang ada diinstalasi rehabilitasi medik meliputi diperiksa dokter dan diberikan resep, penyinaran, diberikan latihan, traksi/ ditarik, stimulasi listrik sebesar 16,48%, penyinaran diberikan latihan, traksi/ ditarik stimulasi listrik 13,14%, mendapat alat bantu penguat / bagian tubuh palsu sebesar 1,10%, sedangkan 69,23% menyebutkan tidak mengerti.

Hasil penelitian terhadap pasien baru rawat jalan di poliklinik rehabilitasi medik ternyata mayoritas tingkat pemahaman pada tingkat tidak pernah mendengar rehabilitasi medik (57,14%).

Hasil penelitian pemahaman pasien baru rawat jalan di poliklinik rehabilitasi medik di RSUP Dr. Kariadi Semarang terhadap pelayanan rehabilitasi medik apabila dibandingkan dengan hasil penelitian yang dilakukan Finestone di London dan Ontario Kanada disana didapatkan 19% pasien dapat menyebut dengan benar dokter spesialis di bidang rehabilitasi medik sebagai dokter spesialis rehabilitasi, fisiatris, spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi. Dari hasil yang didapat peneliti, pasien baru rawat jalan di poliklinik rehabilitasi medik RSUP Dr.Kariadi Semarang, yang mampu mengidentifikasi dokter spesialis rehabilitasi medik dengan benar sebesar 9,39%, angka ini jauh lebih rendah bila dibandingkan dengan hasil penelitian

yang dilakukan oleh Finestone (19%) . Ini kemungkinan disebabkan disana (London, Ontario Kanada), ilmu rehabilitasi medik lebih dahulu berkembang daripada Indonesia, dokter spesialis dibidang rehabilitasi medik jumlahnya lebih besar dan dokter keluarga maupun sistem asuransi kesehatan sudah berjalan dan dikenal oleh masyarakat dengan baik.

IV.2. Pemahaman pasien baru rawat jalan diluar poliklinik rehabilitasi medik di RSUP Dr. Kariadi Semarang, terhadap pelayanan rehabilitasi medik

HASIL :

Rekapitulasi pemahaman pasien baru rawat jalan diluar poliklinik rehabilitasi medik RSUP DR. Kariadi terhadap pelayanan rehabilitasi medik dapat dilihat pada tabel 3

Tabel 3. Rekapitulasi Pemahaman Pasien Baru Rawat Jalan di Luar Poliklinik Rehabilitasi Medik di RSUP Dr. Kariadi Semarang terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik

No.	Variabel Yang diteliti	Jumlah Subyek yang diteliti	Persentase
1.	Jenis Kelamin Pasien		
	1. Wanita	48	52.74
	2. Laki-laki	43	47.26
2.	Pekerjaan Pasien		
	1. PNS	18	19.78
	2. TNI POLRI	3	3.29
	3. Wiraswasta	6	6.60
	4. Swasta	16	17.58
	5. Pensiunan	6	6.60
	6. Mahasiswa	6	6.60
	7. pelajar	12	13.19
	8. buruh	3	3.29
9. lainnya (Tidak bekerja, ibu rumah tangga)	21	23.07	
3.	Pendidikan Terakhir Pasien		
	1. SD	24	26.37
	2. SLTP	10	10.99
	3. SLTA	45	49.45
	4. Sarjana Muda	4	4.40
	5 Sarjana	1	1.10
	6. Pasca Sarjana	0	0
7. Lain-lain (tidak sekolah, SD, tidak tamat SD)	7	7.69	
4.	Sumber Biaya Pengobatan dari :		
	1. Asuransi (Askes, Jamsostek, dll)	43	47.25
	2. Diganti atasan/perusahaan	3	3.30
	3. Sendiri	45	49.45

5.	Penghasilan pasien /bulan		
	1. < Rp 100.000,-	4	4.40
	2. Rp 100.000 -200.000,-	8	8.79
	3. Rp 200.000 -500.000,-	39	42.86
	4. Rp 500.000 -1.000.000,-	34	37.36
	5. > Rp 1000.000,-	6	6.59
6.	Tingkat pemahaman pasien terhadap pelayanan RM RS dr.Kariadi		
	1.Tidak pernah mendengar RM	60	65.93
	2.Pernah mendengar RM, tetapi tidak mengerti	22	24.18
	3.Mengerti RM	8	8.79
	4.Memahami RM	1	1.10
7.	Pengertian pasien terhadap istilah Fisioterapi Adalah :		
	1.Pijat urut	4	4.40
	2.Pengobatan dengan sinar rotgen	1	1.10
	3.Illmu dan seni pengobatan fisik dengan perantara unsur-unsur alamiah.	7	7.69
	4.Melatih orang lumpuh	0	0
	5.Tidak tahu	79	86.81
8.	Pasien mengerti RM bersumber dari :		
	1.Relasi	2	2.20
	2.Paramedis	0	0
	3.Puskesmas	0	0
	4.Dokter umum praktek swasta	1	1.10
	5.Dokter spesialis praktek swasta	0	0
	6.Poliklinik/dokter di lingkungan RS dr.kariadi	0	0
	7.Rumah sakit lain	1	1.10
	8.Lain-lain (pamflet, symposium, buku,tidak ingat)	5	5.50
	9.Belum pernah mendengar	82	90.10
9.	Menurut pasien pelayanan di bagian RM meliputi :		
	1.Diperiksa dokter dan diberi resep	2	2.20
	2.Penyinaran, diberikan latihan, traksi/ditarik, stimulasi listrik	7	7.70
	3.Latihan bicara dan menelan	0	0
	4. Latihan dengan permainan untuk aktivitas kehidupan sehari-hari	0	0
	5.Membantu dalam menangani masalah sosial	0	0
	6.mendapatkan alat bantu penguat/bagian tubuh palsu	0	0
	7.Konsultasi masalah psikis	1	1.10
	8.Tidak tahu	81	89.00

10.	Sebutan bagi dokter spesialis RM menurut pasien adalah :		
	1. Spesialis kedokteran Fisik dan Rehabilitasi	1	1.10
	2. Fisiatris	0	0
	3. Spesialis Rehabilitasi Medik	1	1.10
	4. Spesialis Kedokteran fisik	0	0
	5. Spesialis rehabilitasi	0	0
	6. Tidak tahu	89	97.80
11.	Menurut pasien keluhan penyakit yang ditangani dokter di bagian RM adalah :		
	1. Nyeri, lumpuh separuh badan(strok), palsy serebral	3	3.30
	2. Kelompok rematik, patah tulang, kehilangan anggota tubuh yang perlu alat bantu	0	0
	3. Batuk lama dengan lendir banyak, sesak napas	0	0
	4. Keterlambatan perkembangan anak (termasuk bicara)	0	0
	5. Gangguan emosional	1	1.10
	6. Masalah hubungan pasien dengan instansi terkait	0	0
	7. Kesulitan bicara dan menelan	0	0
	8. Tidak tahu	87	95.60

PEMBAHASAN

Pada tabel 3, hasil penelitian dari 91 pasien (responden) didapatkan 52,74 % wanita dan 47,26% pria.

Berdasarkan pekerjaan responden didapatkan 23,07% sebagai ibu rumah tangga, 19,78% pegawai negeri sipil, 17,58% swasta, 13,14% pelajar , 6,60% masing-masing wiraswasta, pensiunan , mahasiswa dan 3,29% masing-masing sebagai TNI POLRI dan buruh.

Latar belakang pendidikan responden terdiri dari SLTA 49,45%, SD 26,37%, SLTP 10,99%, tidak sekolah masih duduk dibangku SD, tidak tamat SD sebesar 7,69%, sarjana muda 4,4%, sarjana 1,1%.

Sumber biaya pengobatan , ditanggung sendiri sebesar 49,45%, asuransi 47,25%, diganti oleh atasan / perusahaan 3,30%.

Tingkat penghasilan responden / bulan antara Rp. 200.000 - Rp. 500.000,- sebesar 42,86%, Rp.500.000 - Rp. 1.000.000,- 37,36%, Rp. 100.000 - Rp. 200.000,- 8,79%, > Rp. 1.000.000 6,59% dan < Rp. 100.000 4,40%.

Dari hasil penelitian ini, ternyata didapat tingkat pemahaman responden sebagai berikut : tidak pernah mendengar rehabilitasi medik 65,93%, pernah mendengar, tetapi tidak mengerti 24,18%, mengerti 8,79%, memahami 1,1%.

Dari mana sumber responden mengenal / mendengar rehabilitasi medik tampak sebagai berikut: lain-lain (pamflet, simposium, buku, tidak ingat) 5,5%, relasi 2,2%, puskesmas dan rumah sakit lain, masing-masing 1,1 %. Sedangkan 90,1% belum pernah mendengar rehabilitasi medik.

Menurut sepengetahuan responden, jenis pelayanan yang bisa didapatkan di instalasi rehabilitasi medik meliputi penyinaran, diberikan latihan, traksi atau ditarik, stimulasi listrik sebesar 7,7%, diperiksa dokter dan diberi resep 2,2%, konsultasi masalah psikiatri 1,1%, sedangkan 89% menyebutkan tidak tahu.

Responden mengenal / menyebut dokter spesialis di bidang rehabilitasi medik sebagai spesialis rehabilitasi medik dan spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi masing-masing 1,10%, sedangkan 97,8% menyatakan tidak tahu.

Menurut responden, keluhan pasien yang ditangani dokter di instalasi rehabilitasi medik meliputi nyeri, lumpuh separuh badan (stroke), palsi serebral sebesar 3,30%, gangguan emosional 1,1%, sedangkan 95,60% menyatakan tidak tahu.

Hasil penelitian terhadap pasien baru rawat jalan diluar poliklinik rehabilitasi medik, ternyata mayoritas tingkat pemahaman pada tingkat tidak pernah mendengar rehabilitasi medik (65,93%).

IV.3. Pemahaman dokter umum di RSUP Dr. Kariadi Semarang terhadap pelayanan rehabilitasi medik

HASIL :

Rekapitulasi pemahaman pemahaman dokter umum terhadap pelayanan rehabilitasi medik, dapat dilihat pada tabel 4 .

Tabel 4. Rekapitulasi Pemahaman Dokter Umum di RSUP Dr. Kariadi Semarang terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik

No.	Varabel Yang diteliti	Jumlah Subyek yang Diteliti	Persentase
1.	Dokter Umum berasal dari bagian :		
	a. Syaraf	16	7.44
	b. Ilmu Kesehatan Anak	22	10.23
	c. Bedah	25	11.63
	d. Kebidanan dan kandungan	17	7.91
	e. Ilmu Penyakit Dalam	30	13.95
	f. Mata	12	5.58
	g. THT	15	6.98
	h. Kulit kelamin	21	9.77
	I Radiologi	10	4.65
	j. Patologi klinik	10	4.65
	K. Anastesi	23	10.70
	l. Psikiatri	12	5.58
	m. Patologi Anatomi	2	0.93
2.	Tingkat pemahaman dokter umum terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik (RM) RS.dr.Kariadi		
	a. Tidak pernah mendengar pelayanan RM	0	0
	b. Pernah mendengar, tetapi tidak mengerti pelayanan RM	9	4.19
	c. Mengerti pelayanan RM	144	66.97
	d. Memahami pelayanan RM	62	28.84

3.	Tindakan dokter umum terhadap pasien yang memerlukan pelayanan RM :		
	a. Dikonsulkan ke RM RS dr Kariadi	164	76.30
	b. Ditangani sendiri	0	0
	c. Abstein (diperoleh dari jawaban dokter yang tidak berhubungan dengan pasien secara langsung)	51	23.70
4.	Persentase dari jumlah pasien/bulan yang memerlukan Pelayanan RM dan dikonsulkan dokter umum ke bag.RM		
	a. < 25	81	49.39
	b. 25 – 50	39	23.78
	c. > 50	44	26.83
5.	Macam penyakit pasien yang dikonsulkan dokter umum untuk memperoleh pelayanan RM RS dr.Kariadi :		
	a. Dari bagian Syaraf : Strok, syndroma Guillain Barre, Bell 's Palsy	16	100.00
	b. Dari bag. Ilmu Kesehatan Anak Palsi serebral, bronkopneumonia	22	100.00
	c. Bedah		
	1. Ortopaedi (fraktur, amputasi)	2	8.00
	2. Ortopaedi (fraktur, amputas), bedah plastik (luka bakar, bibir sumbing)	23	92.00
	d. Obsgyn		
	1. Adneksitis, senam hamil	15	88.24
	2. Senam hamil	2	11.76
	e. Ilmu Penyakit dalam		
	1. Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK)	9	30.00
	2. Penyakit Paru Obstruktif Kronis, skleroderma sistemik,	16	53.33
	3. PPOK osteoarthritis genu, artritis rematoid,	2	6.67
	4. PPOK osteoarthritis genu	2	6.67
	5. Skleroderma sistemik, osteotritis genu, Artritis rematoid	1	3.33

f. Mata		
1. Nastar	12	100.00
g. THT		
1. Sinusitis	5	33.33
2. pasca laringektomi	7	46.67
3. sinusitis, pasca laringektomi	3	20
h. Kulit dan Kelamin		
1. Cacat kusta	2	9.52
2. Cacat kusta, keterbatasan lingkup gerak sendi akibat luka bakar	19	90.48
i. Radiologi	0	0
j. Anastesi	0	0
k. Patologi anatomi	0	0
l. Patologi klinik	0	0
m. Psikiatri	12	100
Keterlambatan bicara		

PEMBAHASAN

Pada tabel 4 dari hasil penelitian ini, jumlah dokter umum yang ikut berpartisipasi sebagai responden sebanyak 215, berasal dari bagian ilmu penyakit saraf 16 (7,44%), ilmu kesehatan anak 22 (10,23%), ilmu penyakit bedah 25 (11,63), ilmu kebidanan dan penyakit kandungan 17 (7,91), ilmu penyakit dalam 30 (13,95%), ilmu penyakit mata 12 (5,58%), ilmu penyakit telinga hidung tenggorokan 15 (6,98%), ilmu kulit dan kelamin 21 (9,77%), ilmu sinar 10 (4,65%), ilmu patologi klinik 10 (4,65%), anaestesi 23 (10,70%), ilmu penyakit jiwa 12 (5,58%), ilmu patologi anatomi 2 (0,93%).

Berdasarkan pada kriteria pokok pemahaman responden terhadap pelayanan rehabilitasi medik, tingkat pemahaman dokter umum terhadap pelayanan rehabilitasi medik, didapatkan hasil memahami 62 (28,8%), mengerti 144 (66,9%) , pernah mendengar tetapi tidak mengerti pelayanan rehabilitasi medik 9 (4,1 %).

Tindakan responden terhadap pasien yang memerlukan pelayanan rehabilitasi didapatkan 76,3% dikonsulkan ke instalasi rehabilitasi medik, sedangkan 23,7% responden tidak memberi jawaban (berasal dari bagian yang tidak mempunyai pasien secara langsung yaitu bagian anestesi, radiologi, patologi klinik, dan patologi anatomi.)

Persentase jumlah pasien setiap bulan yang memerlukan pelayanan rehabilitasi medik yang dikonsulkan responden ke instalasi rehabilitasi medik sebesar < 25/bulan adalah 49,39% , 25-50 / bulan adalah 23,78%, dan > 50 / bulan adalah 26,83 % .

Di bagian saraf penderita stroke, Sindroma Gullain Barre, Bell's Palsy, yang dikonsulkan ke instalasi rehabilitasi medik sebesar 16 (100%), selain ketiga penyakit tersebut (stroke, Sindroma Gullain Barre, Bell's Palsy)) sedang penyakit lain yang dikonsulkan meliputi neuropatia , hernia nukleus pulposus, cedera medula spinalis, paraparesis inferior, iskhialgia, disartria, disfagia, nyeri pinggang bawah, sindroma terowongan karpal.

Banyaknya pasien di bagian kesehatan anak yang dikonsulkan ke instalasi rehabilitasi medik meliputi palsy serebral, bronkopneumonia sebesar 100%, sedangkan pasien lainnya yang dikonsulkan ke instalasi rehabilitasi medik berupa keterlambatan tumbuh-kembang, sindroma Down, meningoensefalitis, paraparesis inferior, Erb's paralisis, batuk kronis berulang, asma bronkiale.

Di bagian bedah, penderita fraktur, amputasi yang dikonsulkan ke instalasi rehabilitasi medik sebesar 8%, fraktur, amputasi, luka bakar dan

bibir sumbing sebesar 92 %, sedang pasien yang lainnya berupa inkontinensia urine.

Di bagian kebidanan dan penyakit kandungan, jumlah penderita adneksitis yang dikonsulkan ke instalasi rehabilitasi medik sebesar 88,2%, ibu hamil untuk senam hamil 11,76%, sedangkan pasien lain berupa retensio urine, simpisiosis, inkontinensia urine.

Banyaknya pasien di bagian penyakit dalam yang dikonsulkan ke instalasi rehabilitasi medik meliputi penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) sebesar 30%; skleroderma sistemik, PPOK 53,33 %,osteartritis genu, PPOK, artritis rematoid 6,6%; PPOK, osteartritis genu 6,67 %, skleroderma sistemik, osteartritis genu, artritis rematoid 3,33 %,sedangkan pasien lainnya berupa gagal jantung kongestif, infark miokardium akut, bronkitis kronis, bronkopneumonia, asma bronkiale, spondilitis ankilosa, ulkus diabetikum.

Dibagian penyakit mata, penderita natar yang dikonsulkan ke instalasi rehabilitasi medik sebesar 100%.

Di bagian penyakit telinga hidung tenggorokan, penderita yang dikonsulkan ke instalasi rehabilitasi medik meliputi sinusitis sebesar 33,3%, pasca laringektomi 46,66%, sinusitis, pasca laringektomi 20%.

Dibagian kulit dan kelamin, persentase penderita yang dikonsulkan ke instalasi rehabilitasi medik meliputi cacat kusta sebesar 9,52%, keterbatasan lingkup gerak sendi akibat luka bakar dan cacat kusta sebesar 90,48%, sedangkan pasien lainnya berupa skleroderma.

Di bagian ilmu penyakit jiwa, persentase pasien yang dikonsulkan ke instalasi rehabilitasi medik, meliputi keterlambatan bicara sebesar 100 %.

Sedangkan dari bagian anaestesi, radiologi, patologi anatomi, patologi klinik tidak pasien yang dikonsulkan (karena tidak mempunyai pasien secara langsung)

Berdasar hasil penelitian pemahaman dokter umum terhadap pelayanan rehabilitasi medik, dan adanya penderita yang dikonsulkan ke instalasi rehabilitasi medik, menunjukkan bahwa pelayanan rehabilitasi medik telah dimengerti oleh dokter umum yang bekerja di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

IV.4. Pemahaman dokter spesialis di RSUP Dr. Kariadi Semarang terhadap pelayanan rehabilitasi medik

HASIL :

Rekapitulasi pemahaman dokter spesialis di RSUP Dr. Kariadi Semarang terhadap pelayanan rehabilitasi medik, dapat dilihat pada tabel 5

Tabel 5 Rekapitulasi Pemahaman Dokter Spesialis di RSUP Dr. Kariadi Semarang terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik

No.	Variabel Yang diteliti	Jumlah Subyek yang diteliti	Persentase
1.	Dokter Spesialis dari bagian		
	a. Syaraf	10	6.54
	b. Ilmu Kesehatan Anak	23	15.03
	c. Bedah	14	9.15
	d. Bedah syaraf	3	1.96
	e. Obsgyn	10	6.54
	f. Ilmu Penyakit Dalam	21	13.74
	g. Mata	6	3.92
	h. THT	7	4.58
	i. Kulit kelamin	13	8.51
	j. Radiologi	9	5.88
	k. Patologi klinik	6	3.92
	l. Anastesi	6	3.92
	m. Psikiatri	3	1.92
	n. Patologi Anatomi	6	3.92
	o. Gigi	12	7.85
	p. Geriatri	2	1.31
	q. UPJ	2	1.31
2.	Tingkat pemahaman dokter spesialis terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik (RM) RS.dr.Kariadi		
	a. Tidak pernah mendengar pelayanan RM	0	0
	b. Pernah mendengar, tetapi tidak mengerti pelayanan RM	0	0
	c. Mengerti pelayanan RM	76	49.67
	d. Memahami pelayanan RM	77	50.33
3.	Tindakan dokter spesialis terhadap pasien yang memerlukan pelayanan RM :		
	a. Dikonsul kan ke RM RS dr Kariadi	113	73.86
	b. Ditangani sendiri	0	0
	c. Abstein (diperoleh dari jawaban dokter spesialis yang tidak berhubungan dengan pasien secara langsung	40	26.14
4.	Persentase dari jumlah pasien/bulan, yang memerlukan Pelayanan RM dan oleh dokter spesialis dikonsulkan ke bag.RM		
	a. < 25	55	48.67
	b. 25 – 50	27	23.89
	c. > 50	31	27.44
5.	Macam penyakit pasien yang dikonsulkan oleh dokter spesialis untuk memperoleh pelayanan RM RS dr.Kariadi :		
	a. Bagian Syaraf		
	1. Strok, Syndroma Guillain Bare, Bell's Palsy,	10	100.00

b. Ilmu Kesehatan Anak		
1. Palsi serebral, bronkopneumonia	23	100.00
c. Bedah		
1. Ortopaedi (fraktur, amputasi), bedah plastik (luka bakar)	14	100.00
d. Bedah syaraf		
koma, pasca operasi (kraniotomi, HNP), cedera kepala, cedera medula spinalis	3	100.00
e. Obsgyn		
1. Adneksitis, senam hamil	10	100.00
f. Ilmu penyakit dalam		
1. Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK)	1	4.76
2. PPOK, osteoarthritis genu	5	23.81
3. PPOK, skleroderma sistemik, osteoarthritis genu	2	9.53
4. Skleroderma sistemik, osteoarthritis genu, artritis rematoid	1	4.76
5. PPOK, osteoarthritis genu, artritis rematoid	5	23.81
6. PPOK skleroderma sistemik, osteoarthritis genu, artritis rematoid	7	33.33
g. Mata		
1. Nistagmus	6	100.00
h. THT		
1. Sinusitis	7	100.00
i. Kulit dan Kelamin		
1. Cacat kusta, keterbatasan Lingkup gerak sendi akibat luka bakar	11	84.62
2. Cacat kusta	1	7.69
3. Keterbatasan lingkup gerak akibat luka bakar	1	7.69
j. Radiologi	0	0
k. Patologi Klinik	0	0
l. Anestesi	0	0
m. Psikiatri		
Keterlambatan bicara	3	100.00

n.Patologi Anatomi	0	0
o. Gigi dan mulut	8	66.67
1.Pasca operasi bedah mulut		
2. Pasca operasi bedah mulut,trimus, dislokasi sendi temporomandibular	4	33.33
p.Geriatri		
Sindroma Parkinson,depresi,ulkus diabetikum,bronkopneumonia, PPOK, inkontinentia urine	2	100.00
q.Unit Penyakit Jantung		
Gagal jantung kongestif, infark miokardium Akut	2	100.00

PEMBAHASAN

Dalam penelitian ini jumlah dokter spesialis yang ikut berpartisipasi sebagai responden sebanyak 153 terdiri dari 6,54 % spesialis saraf, 15,03% spesialis anak, 9,15% spesialis bedah, 1,96% spesialis bedah saraf, 6,54 % spesialis kebidanan dan penyakit kandungan, 13,74% spesialis penyakit dalam , 3,92% spesialis mata, 4,58% spesialis THT, 8,51% spesialis kulit dan kelamin, 5,88% spesialis radiologi, 3,92% spesialis patologi anatomi, 3,92% spesialis anestesi, 1,92% spesialis penyakit jiwa, 3,92% spesialis patologi klinik, 7,85% dokter gigi, 1,31% masing-masing spesialis geriatri dan spesialis penyakit jantung.

Berdasarkan pada kriteria pokok pemahaman responden terhadap pelayanan rehabilitasi medik, tingkat pemahaman dokter spesialis terhadap pelayanan rehabilitasi medik, didapatkan hasil memahami 50,33% dan mengerti 49,67%.

Tindakan responden terhadap pasien yang memerlukan pelayanan rehabilitasi medik didapatkan 73,86% dikonsulkan ke instalasi rehabilitasi

medik dan 26,14% tidak menjawab (berasal dari bagian yang tidak mempunyai pasien secara langsung, yaitu bagian anaestesi, radiologi, patologi klinik dan patologi anatomi).

Persentase dari jumlah pasien setiap bulan yang memerlukan pelayanan rehabilitasi medik yang dikonsulkan dokter yang merawatnya ke instalasi rehabilitasi medik (< 25 / bulan, 25-50 / bulan dan > 50 bulan) masing-masing sebesar 48,67 %, 23,89% dan 27,44%).

Di bagian saraf, penderita strok, sindroma Gullain Barre, Bell's Palsy, yang dikonsulkan ke instalasi rehabilitasi medik sebesar 100%, sedangkan penyakit lain yang dikonsulkan meliputi sindroma terowongan karpal, paraparesis inferior, tetraparesis, neuropati, nyeri pinggang bawah, hernia nukleus pulposus, *tension headache*, vertigo.

Di bagian kesehatan anak, penderita palsy serebral, bronkopneumonia, yang dikonsulkan ke instalasi rehabilitasi medik sebesar 100%, sedangkan penyakit lainnya yang dikonsulkan meliputi keterlambatan tumbuh kembang, Erb's paralysis, asma bronkiale, meningoenfalitis.

Di bagian bedah, penderita fraktur, amputasi, luka bakar, yang dikonsulkan ke instalasi rehabilitasi medik sebesar 100%, sedangkan penyakit lainnya yang dikonsulkan meliputi inkontinensia urine, labioscissis.

Di bagian bedah saraf, penderita koma, pasca operasi (kraniotomi, HNP), cedera kepala, cedera medula spinalis yang dikonsulkan ke instalasi rehabilitasi medik sebesar 100%.

Dibagian kebidanan dan penyakit kandungan penderita adneksitis dan wanita hamil untuk senam hamil, yang dikonsulkan ke instalasi rehabilitasi medik sebesar 100%, sedangkan pasien lain yang dikonsulkan ke instalasi rehabilitasi medik meliputi retensio urine pasca persalinan , menopause, sympsiolisis.

Di bagian penyakit dalam penderita yang dikonsulkan ke instalasi rehabilitasi medik PPOK 4,76%, PPOK,osteoartritis genu 23,81%, PPOK, skleroderma sistemik, osteoartritis genu 9,53%, skleroderma sistemik, osteoartritis genu, artritis rematoid 4,76%, PPOK osteoartritis genu, artritis rematoid 23,81%, PPOK skleroderma sistemik, osteoartritis genu, artritis rematoid 3,33%, sedangkan pasien lainnya yang dikonsulkan meliputi multipel mieloma, *frozen shoulder*, spondilitis ankilosa, *trigger finger*, nyeri pinggang bawah.

Dibagian penyakit mata, penderita nastar yang dikonsulkan ke instalasi medik sebesar 100%.

Di bagian penyakit telinga hidung tenggorokan, penderita sinusitis yang dikonsulkan ke instalasi rehabilitasi medik sebesar 100%, sedangkan pasien lain yang dikonsulkan meliputi paresis n.VII perifer, pasca laring ektomi.

Di bagian kulit dan kelamin, penderita yang dikonsulkan ke instalasi rehabilitasi medik meliputi cacat kusta dan keterbatasan lingkup gerak sendi akibat luka bakar sebesar 84,62%, cacat kusta dan keterbatasan lingkup gerak sendi masing-masing sebesar 7,69%.

Di bagian gigi dan mulut, penderita yang dikonsulkan ke instalasi rehabilitasi medik meliputi pasca operasi bedah mulut sebesar 66,67 %, pasca operasi bedah mulut, trismus, dislokasi, sendi temporomandibula 33,33% .

Dibagian geriatri, penderita sindroma parkinson, depresi, ulkus diabetikum, bronkopneumonia, penyakit paru obstruktif kronis, inkontinensia urine yang dikonsulkan ke instalasi rehabilitasi medik sebesar 100%.

Di bagian penyakit jantung, penderita gagal jantung kongestif, infark miokardium akut yang dikonsulkan ke instalasi rehabilitasi medik masing-masing sebesar 100%.

Sedangkan dari bagian anaestesi, radiologi, patologi klinik serta patologi anatomi tidak ada pasien yang dikonsulkan ke instalasi rehabilitasi medik.

Dari hasil penelitian tingkat pemahaman dokter spesialis terhadap pelayanan rehabilitasi medik dan adanya penderita yang dikonsulkan ke instalasi rehabilitasi medik menunjukkan bahwa pelayanan rehabilitasi medik mayoritas telah dipahami oleh dokter spesialis di lingkungan RSUP Dr. Kariadi Semarang.

IV.5. Pemahaman paramedis di RSUP Dr. Kariadi Semarang terhadap pelayanan rehabilitasi medik

HASIL :

Rekapitulasi pemahaman paramedis terhadap pelayanan rehabilitasi medik dapat dilihat pada tabel 6

Tabel 6. Rekapitulasi Pemahaman Paramedis di RSUP Dr. Kariadi Semarang terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik

No	Variabel Yang diteliti	Jumlah subyek yang diteliti	Persentase
1.	Tingkat Pendidikan		
	SPK/SLTA	143	57,66
	Akper/Akbid	105	43,34
	Lain-lain	0	0
2.	Tingkat Pemahaman Paramedis terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik (RM) :		
	a. Tidak pernah mendengar pelayanan RM.	0	0
	b. Pernah mendengar, tetapi tidak mengerti pelayanan RM	5	2,02
	c. Mengerti pelayanan RM	195	78,63
	d. Memahami pelayanan RM	48	19,35
3.	Tindakan paramedis terhadap pasien yang memerlukan pelayanan RM :		
	a. Diberikan pelayanan RM sekemampuan sendiri / sederhana	3	1,21
	b. Disarankan ke dokter yang merawat	236	95,16
	c. Diberikan pelayanan RM sekemampuan sendiri, dan disarankan ke dokter yang merawatnya	9	3,63
4.	Pasien yang langsung konsulkan oleh dokter yang merawatnya ke instalasi RM		
	a. Ada	248	100
	b. Tidak ada	0	0
5.	Persentase jumlah pasien per bulan yang perlu pelayanan RM, tetapi belum dikonsulkan langsung ke RM / bulan :		
	a. < 25	59	23,79
	b. 25 - 50	79	31,85
	c. > 50	110	44,36
6.	Persentase dari jumlah pasien/bulan yang perlu pelayanan RM, tetapi belum dikonsulkan oleh dokter kemudian diusulkan paramedis untuk konsul ke instalasi RM / tiap bulan :		
	a. < 25	164	66,13
	b. 25 - 50	43	17,34
	c. > 50	41	16,13
7.	Persentase dari jumlah pasien/bulan yang diusulkan paramedis untuk konsul ke pelayanan RM dan disetujui oleh dokter yang merawat :		
	a. < 25	125	50,40
	b. 25 - 50	55	22,18
	c. > 50	68	27,42

PEMBAHASAN

Pada tabel 6, hasil penelitian dari 248 paramedis yang ikut berpartisipasi sebagai responden berlatar belakang pendidikan sekolah perawat kesehatan / sekolah bidan adalah 143 (57,66%), sedangkan yang berpendidikan akademi perawat / akademi bidan adalah 105 (43,34 %).

Berdasarkan pada kriteria pokok pemahaman responden terhadap pelayanan rehabilitasi medik, tingkat pemahaman paramedis terhadap pelayanan rehabilitasi medik didapatkan hasil memahami 48 (19,36%), mengerti 195 (78,6%), pernah mendengar tetapi tak mengerti sebesar 5 responden (2%).

Dari hasil tingkat pemahaman ini, ternyata hasil terbanyak adalah mengerti (78,6%) diikuti memahami (19,4%). Hasil ini dihubungkan dengan usulan konsul ke dokter yang merawat pasien untuk dikonsulkan ke instalansi rehabilitasi medik yang dapat terlihat sebagai hasil jawaban terhadap tindakan apa yang dilakukan paramedis terhadap pasien yang memerlukan pelayanan rehabilitasi medik, dimana jawaban paramedis memberikan pelayanan rehabilitasi medik sekemampuan paramedis sendiri / sederhana sebesar 3 paramedis (1,21%), mengusulkan ke dokter yang merawat pasien untuk mengkonsulkan ke instalasi rehabilitasi medik sebesar 236 (95,16%), dan yang memilih kedua jawaban tersebut diatas sebesar 9 (3,63%).

Menurut paramedis, masih terdapat < 25%/bulan pasien yang memerlukan pelayanan rehabilitasi medik, tetapi belum secara langsung dikonsulkan ke instalasi rehabilitasi medik (IRM) dinyatakan oleh

59(23,79%) paramedis; sedangkan masih terdapat 25-50%/bulan dinyatakan paramedis sebesar 79 (31,85%); dan > 50% / bulan sebesar 110 (44,36 %) paramedis.

Persentase pasien yang memerlukan pelayanan rehabilitasi medis yang belum dikonsulkan secara langsung oleh dokter yang merawatnya ke IRM, yang diusulkan oleh paramedis untuk dikonsulkan ke IRM < 25% / bulan , 25-50 / bulan , dan > 50 / bulan masing-masing sebesar 164 (66,13%), 44 (17,34%) dan 41 (16,13%).

Dari pasien yang diusulkan paramedis untuk konsul ke IRM, yang disetujui dokternya < 25% / bulan ; 25-50% / bulan; > 50% / bulan, masing-masing sebesar 125 (50,40%); 55 (22,18%) ; 68 (27,42%).

Dari hasil penelitian pemahaman paramedis terhadap pelayanan rehabilitasi medik, dan adanya usulan mengkonsulkan penderita ke instalasi rehabilitasi medik menunjukkan bahwa pelayanan rehabilitasi medik telah dimengerti oleh sebagian besar paramedis RSUP Dr. Kariadi Semarang.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

V.1. Kesimpulan

Tingkat pemahaman pasien baru rawat jalan di poliklinik rehabilitasi medik terhadap pelayanan rehabilitasi medik di RSUP Dr. Kariadi Semarang, mayoritas pada tingkat tidak pernah mendengar rehabilitasi medik (57,1%).

Tingkat pemahaman pasien baru rawat jalan diluar poliklinik rehabilitasi medik terhadap pelayanan rehabilitasi medik di RSUP Dr. Kariadi Semarang, mayoritas pada tidak pernah mendengar rehabilitasi medik (65,93%).

Tingkat pemahaman dokter umum yang bekerja di RSUP Dr. Kariadi Semarang terhadap pelayanan rehabilitasi medik, mayoritas pada tingkat mengerti (66,9%).

Tingkat pemahaman dokter spesialis yang bekerja di RSUP Dr. Kariadi Semarang terhadap pelayanan rehabilitasi medik, mayoritas pada tingkat memahami (50,3%) .

Tingkat pemahaman paramedis yang bekerja di RSUP Dr. Kariadi Semarang terhadap pelayanan rehabilitasi medik, mayoritas pada tingkat mengerti (78,6%).

V.2. Saran

1. Untuk mendapatkan hasil yang lebih baik pada penelitian ini, terutama untuk pasien, diperlukan sampel yang lebih banyak dengan waktu yang lebih lama pula.
2. Sebaiknya juga dilakukan penelitian ini diluar RSUP Dr. Kariadi Semarang
3. Setelah selesai mewawancarai, responden langsung diberikan brosur tentang rehabilitasi medik.
4. Untuk instalasi rehabilitasi medik, perdosri, dokter spesialis rehabilitasi medik, hendaknya lebih giat untuk mensosialisasikan rehabilitasi medik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Basmajian JV. Introduction medical rehabilitation and the student In: Basmajian JV, Kirby RL, eds. Medical rehabilitation. Baltimore: Williams & Wilkins, 1984 : 2.
2. Hamid T. Terapi fisiatrik. Dalam: Hamid T, Satori DW, eds. Ilmu kedokteran fisik dan rehabilitasi (physiatry). Edisi I. Surabaya: Unit Rehabilitasi Medik RSUD Dr. Soetomo / FK Unair, 1992: 9.
3. Finestone H.M. Patient awareness of physical medicine and rehabilitation. In: Am J Phys Med Rehabil. 1992; 71: 288 – 90.
4. Halstead LS. Philosophy of rehabilitation medicine. In: Halstead LS, Grabois M, Howland CA, eds. Medical rehabilitation. New York: Raven Press Books, 1985 : 1.
5. Halstead LS, Grabois M. Rehabilitation specialist. In: Halstead LS, Grabois M, Howland CA, eds. Medical rehabilitation. New York: Raven press books; 1985 : 7.
6. Hamid T. Aspek kedokteran rehabilitasi kecacatan dan gangguan mobilitasi. Dalam: Simposium sehari pencegahan kecacatan & gangguan mobilitas. Semarang: Rumah Sakit Islam Sultan Agung, 16 January 1993 : 49 - 61.
7. DeLisa JA, Martin GM, Currie DM. Rehabilitation medicine: Past, present and future. In : DeLisa JA. ed. Rehabilitation medicine principle and practice. 2nd ed. Philadelphia : JB Lippincott company, 1993 : 16-7.

8. Cifu DX, Markowski J. Physical medicine and rehabilitation: Philosophy, patient care issues and psychiatric evaluation. In: Garrison SJ, ed. Handbook of physical medicine and rehabilitation basics. Philadelphia: JB Lippincott company, 1995 : 2.
9. Maalip F. Profil dan pelayanan rehabilitasi medik di rumah sakit ortopaedi Dr. R. Soeharso Surakarta. Dalam Simposium nasional rehabilitasi medik – orthopaedi. Surakarta, 19-2-2000.
10. Departemen Kesehatan RI. Direktorat pelayanan medik. Rumah Sakit Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta Pusat Rujukan Nasional. Surakarta: RSO Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta, 1998 : 1.
11. Moestari O. Falsafah dan upaya pelayanan rehabilitasi medis. Dalam: Hamid T, Satori DW, eds. Ilmu kedokteran fisik dan rehabilitasi (physiatry). Edisi I. Surabaya: Unit Rehabilitasi Medik RSUD Dr. Soetomo / FK Unair 1992: 2.
12. Widjaja S. Pengembangan ketenagaan rehabilitasi medik di Indonesia. Dalam: Soedirman M, Krismanto P, eds. Rehabilitasi medik. Jakarta: RSPAD Gatot Soebroto, Departemen Rehabilitasi Medik, 1987: 33-6.
13. Laksmi W. Prinsip dasar rehabilitasi pada kelainan neurologis. Dalam: Kumpulan abstrak dan makalah simposium rehabilitasi medis dan fisioterapi. Jakarta: Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan: 26 - 28 Juni 1995.
14. Widjaja S. Peranan rehabilitasi medik pada stroke. Dalam: Santosa B, Hamid T, Rochman F, Kongres Nasional III. Perhimpunan Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik Indonesia, Surabaya: 23 September 1994.

15. Santosa B. Laporan pengurus besar Perdosri, masa bakti 1994 - 1997. Dalam: Buku Laporan Konggres Nasional IV Perdosri. Jakarta, 22 - 24 Oktober 1998:72.
16. Soedirman M. Pokok-pokok pemikiran pengembangan ketenagaan rehabilitasi medis di Indonesia. Dalam: Soedirman M, Krismanto P, eds. Rehabilitasi medik. Jakarta: RSPAD Gatot Soebroto, Departemen Rehabilitasi Medik, 1987 : 9.
17. Reksoprodjo S. Kesimpulan simposium diskusi panel rehabilitasi medis. Dalam: Soedirman M, Krismanto P, eds. Rehabilitasi medik. Jakarta: RSPAD Gatot Soebroto, Departemen Rehabilitasi Medik, 1987 : 80.
18. Tim Bagian / SMF Ilmu Penyakit Saraf FK Undip. Penatalaksanaan stroke di RSUD. Dr. Kariadi Semarang. Dalam: Soetedjo. Materi lokakarya stroke. Semarang: Bagian / SMF Ilmu penyakit saraf fakultas kedokteran Universitas Diponegoro RSUP Dr. Kariadi Semarang, 1996 : 46.
19. Widjaja S. Pengalaman pengelolaan rehabilitasi medis penderita dementia. Dalam: Simposium penatalaksanaan mutakhir penyakit dementia. Semarang, 20 November 1999.
20. Widjaja S. Peran rehabilitasi medik pada penderita kanker. Dalam: Pelatihan pelayanan penanggulangan kanker terpadu paripurna II. Aspek rehabilitasi medik dan paliatif. Semarang Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi Semarang, 26-2-00.
21. WHO . Disability prevention and rehabilitation. WHO Techn Rep Ser 1981 No. 668.

22. Hamid T. Rehabilitasi medik sindroma neuromuskuler. Dalam: Hadinoto S, Widiastuti MI, Soetedjo, eds. Penyakit neuromuskuler & muskuloskeletal. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro, 1993 : 11 - 2 , 27.
23. Moeloek FA. Sambutan menteri kesehatan Republik Indonesia pada pembukaan kongres nasional IV perhimpunan dokter spesialis rehabilitasi medik Indonesia (Perdosri). Dalam: Buku Laporan Konggres Nasional IV Perhimpunan dokter Spesialis Rehabilitasi Medik Indonesia. Jakarta , 22 - 24 Oktober 1998 : 18.
24. Santoso B. Pemantapan profesionalisme dokter spesialis rehabilitasi medik dalam menyongsong era globalisasi. Dalam: Buku Laporan Konggres Nasional IV perhimpunan dokter spesialis rehabilitasi medik Indonesia. Jakarta ; 22 - 24 Oktober 1998, 44 - 7.
25. Handoyo R. Rehabilitasi medik pada kelumpuhan dan patah tulang. Simposium untuk awam: Manfaat rehabilitasi medik pada kelumpuhan, rematik dan patah tulang. Semarang: 20 Oktober 1997.
26. Soetjningsih. Keadaan cacat pada anak. Dalam: Gede Ranuh IGN, ed. Tumbuh kembang anak. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, 1998:178-9.
27. Santoso B. Sambutan ketua umum PB Perdosri periode 1994 - 1997 pada acara pembukaan konggres IV Perdosri. Dalam: Buku Laporan Konggres Nasional IV Perdosri. Jakarta , 22 - 24 Oktober 1998 , 9.

28. Boedhi-Darmojo. Demografi dan epidemiologi populasi lanjut usia, Dalam: Boedhi-Darmojo, Martono H, eds. Buku ajar geriatri (ilmu kesehatan usia lanjut). Jakarta: Balai penerbit FK UI, 1999 :49.
29. Boedhi-Darmojo. Geriatri / Gerontologi, sekarang dan masa mendatang. Dalam: Boedhi-Darmojo, Martono H, eds. Simposium masalah keperawatan penderita lanjut usia. Meningkatkan mutu sumber daya manusia menyongsong abad XXI. Semarang:Badan penerbit Universitas Diponegoro, 1998 : 11.
30. World Health Organization. International classification of impairments, disabilities, and handicaps. Geneva: WHO, 1980 : 27-30.
31. Eisma WH. Methodology in rehabilitation medicine. In: Roeshadi D, Narendra MB, Soebadi RD, Iswanto, Marlina SM, eds. Dutch foundation for rehabilitation medicine. Post graduate courses in Indonesia. Surabaya: Airlangga University School of Medicine Dr. Soetomo Teaching Hospital: November 20-22, 1995 : 4.
32. Mc Peak LS. Physiatric history and examination. In: Braddom RL, ed. Physical medicine & rehabilitation. Philadelphia:WB Saunders company, 1992 : 3.
33. Kirby RL. Impairment, disability and handicap. In: DeLisa JA, ed. Rehabilitation medicine principle and practice. 2nd ed. Philadelphia: JB Lippincott company, 1993 : 40.

34. Wood PHN. The magnitude and scope of the problem. In: Basmaji an JV, Kirby RL, eds. Medical rehabilitation. Baltimore: Williams & Wilkins, 1984 : 9.
35. Supranto J. Teknik sampling untuk survei & eksperimen. Jakarta : PT Rineka Cipta, 1998 : 109-10.